

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1913-1914. — N° 74

SUR LA VALEUR CURATRICE
des Injections d'Essence de Térébenthine
CHEZ L'ENFANT

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 17 Décembre 1913

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

M. Gaston HÉBRARD

ÉLÈVE DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE DE LYON

Né à Nice (Alpes-Maritimes), le 17 Octobre 1888



LYON
ANC. IMPRIMERIE WALTENER & C^e

3, Rue Stella, 3

—
1913

SUR LA VALEUR CURATRICE

DES

Injectons d'Essence de térébenthine

CHEZ L'ENFANT



Digitized by the Internet Archive
in 2026

SUR LA VALEUR CURATRICE
des Injections d'Essence de Térébenthine
CHEZ L'ENFANT

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 17 Décembre 1913

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

M. Gaston HÉBRARD

ÉLÈVE DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE DE LYON

Né à Nice (Alpes-Maritimes), le 17 Octobre 1888



LYON
ANC. IMPRIMERIE WALTENER & C^{ie}
3, Rue Stella, 3

—
1913

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ..... DOYEN
J. COURMONT..... ASSESSEUR

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CHAUVEAU, AUGAGNEUR, SOULIER, TRIPIER, CAZENEUVE, LEPINE,
PIERRET, BEAUVISAGE, LACASSAGNE

PROFESSEURS •

Cliniques médicales	{	MM. TEISSIER
Cliniques chirurgicales		ROQUE
Clinique obstétricale et Accouchements	{	BARD
Clinique ophtalmologique		X...
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	{	X...
Clinique des maladies mentales		FABRE
Clinique des maladies des enfants	{	ROLLET
Clinique des maladies des femmes		NICOLAS
Physique médicale	{	LEPINE (J.)
Chimie médicale et pharmaceutique		WEILL
Chimie organique et Toxicologie	{	POLLOSSON (A.)
Matière médicale et Botanique		CLUZET
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	{	HUGOUNENQ
Anatomie		MOREL
Anatomie générale et Histologie	{	MOREAU
Physiologie		GUIART
Pathologie interne	{	TESTUT
Pathologie et Thérapeutiques générales		RENAUT
Anatomie pathologique	{	MORAT
Médecine opératoire		COLLET
Médecine expérimentale et comparée	{	LESIEUR
Médecine légale		PAVIOT
Hygiène	{	POLLOSSON (M.)
Thérapeutique		COURMONT (P.)
Pharmacologie	{	ETIENNE MARTIN
		COURMONT (J.)
		PIC
		FLORENCE

PROFESSEURS ADJOINTS

Physiologie, cours complémentaire	MM. DOYON
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS
Pathologie externe	VALLAS
Maladies des voies urinaires	ROCHET

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale	MM. BARRAL,	agrégé
Propédeutique chirurgicale	BERARD,	—
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN,	—
Chirurgie infantile	NOVE-JOSSERAND,	—
Accouchements	COMMANDEUR,	—
Embryologie	LATARJET,	—
Anatomie topographique	PATEL,	—
Botanique	BRETIN,	—
Chirurgie expérimentale	VILLARD,	—
Clinique infantile	MOURIQUAND,	—
Déontologie et médecine professionnelle	X...	—

AGRÉGÉS

MM. BARRAL	MM. LATARJET	MM. MOURIQUAND	MM. FROMENT
COMMANDEUR	BRETIN	ARLOING (F.)	THEVENOT (Lucien)
NEVEU-LEMAIRE	LERICHE	GUILLEMARD	PIERY
LAROYENNE	THEVENOT (Léon)	POLICARD	COTTE
VORON	TAVERNIER	GARIN	DUROUX
NOGIER	CADE	SAVY	

M. BAYLE, secrétaire

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. WEILL, Président ; M. MOURIQUAND, Assesseur ;
MM. ARLOING et PIERY, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MON PÈRE
LE LIEUTENANT-COLONEL HÉBRARD
Chevalier de la Légion d'Honneur

ET
A MA MÈRE

Je dédie ces pages, en témoignage de ma vive reconnaissance et de ma profonde affection.

A MA GRAND'MÈRE

A MON ONCLE ET A MA TANTE
LES DOCTEURS RIVOIRE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR WEILL

Professeur de clinique médicale infantile à la Faculté

Médecin des Hôpitaux

Chevalier de la Légion d'Honneur

Pendant un semestre passé dans son service, nous avons pu apprécier toute sa bienveillance et l'excellence de son enseignement. Il nous fait le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse. Qu'il veuille bien recevoir ici l'expression de notre vive et respectueuse gratitude.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ MOURIQUAND

Médecin des Hôpitaux

A MESSIEURS LES PROFESSEURS AGRÉGÉS

ARLOING ET PIERY

Qui ont accepté de faire partie du jury de notre thèse, respectueuse reconnaissance.

A MONSIEUR LE DOCTEUR PÉHU

Médecin des Hôpitaux

Il nous a inspiré le sujet de cette thèse et nous a prodigué les conseils de son expérience. Qu'il nous permette de le remercier ici et de lui témoigner notre profonde gratitude.

A MES MAÎTRES CIVILS ET MILITAIRES

CHAPITRE PREMIER

Historique

Il y a plusieurs années, Fochier (de Lyon) remarquait que l'évolution des grandes maladies infectieuses devenait vite favorable si, en un point quelconque du corps, il se formait une collection purulente. Il eut l'idée de reproduire ce processus naturel de guérison et il s'exprime en ces termes dans son premier mémoire paru le 23 août 1892, où il rapporte l'action heureuse des suppurations locales sur une infection générale : « Il y a des cas de fièvre puerpérale qui sont l'exception, sans être absolument rares, dans lesquels on voit une infection généralisée, sans lésions importantes appréciables, subir une amélioration soudaine en même temps que se manifestent les signes d'une suppuration localisée, par exemple un phlegmon du sein ou de la fosse iliaque, ou du tissu cellulaire sous-cutané, ou bien une monoarthrite, une péritonite localisée tardive, une salpingo-ovarite.

« Ils constituent le salut d'une façon bien manifeste, s'ils sont traités chirurgicalement, au cas de marche aiguë et si on les laisse évoluer, au cas de développement suraigu ou chronique. »

C'est sur ces bases que Fochier établit sa méthode ; il provoqua des abcès à l'aide de l'essence de térébenthine, dans les formes graves d'infection puerpérale et les appella

abcès de fixation, en supposant que ces abcès avaient pour effet la fixation de l'infection généralisée. Appliquée d'abord par son auteur au traitement de l'infection puerpérale seule, cette méthode fut généralisée et reçut des applications nombreuses dans tous les cas où une invasion microbienne, trop intense pour être enrayée par les moyens thérapeutiques ordinaires, pouvait être victorieusement combattue par les abcès de fixation.

Il est aujourd'hui classique d'admettre que, chez l'adulte, dans des circonstances diverses, la médication par l'essence de térébenthine semble amener des résultats très appréciables : c'est ainsi que l'action heureuse de cette substance a été observée au cours d'infections généralisées (fièvre puerpérale, fièvre typhoïde, méningites cérébrospinales, varioles graves, pneumonies ou bronchopneumonies).

Des observations nombreuses et probantes ont été publiées ces dernières années dans les thèses de Voiturier (Lyon, 1909), de Casedevant (Paris, 1913), de Marmoiton (Nancy, 1913). Il nous paraît donc inutile de revenir sur cette donnée thérapeutique.

*
* *

En présence des bons résultats obtenus par l'emploi des injections térébenthinées dans les maladies infectieuses de l'adulte, il était légitime de se demander comment les enfants réagiraient et ce qu'il fallait espérer chez eux de l'application de la méthode de Fochier.

La bibliographie est assez pauvre en travaux sur ce sujet et les résultats obtenus dans le domaine de l'enfance sont

moins significatifs que ceux auxquels on est arrivé chez l'adulte. En compulsant les différentes observations publiées jusqu'à ce jour, on a l'impression que si, pour certains auteurs, la méthode est inoffensive et permet d'obtenir d'excellents résultats thérapeutiques, pour d'autres, au contraire, elle est inactive et dangereuse.

I. — Plusieurs auteurs sont partisans de l'emploi méthodique des injections térébenthinées chez les enfants. Voici quelques détails à ce sujet :

En 1897, Isidoro Pujador y Faura (XII^e Congrès international de médecine de Moscou) publie les conclusions suivantes au sujet d'un nouveau traitement de la scarlatine :

« 1^o Cette maladie étant considérée par tous les auteurs comme ayant son origine dans l'infection streptococcique, et Fochier ayant aussi vaincu l'infection puerpérale streptococcique par l'emploi des injections de térébenthine, l'application des dites injections dans la scarlatine est rationnelle.

« 2^o Chez les enfants de 3 à 6 ans, dans les scarlatines malignes de forme ataxique, en pleine période éruptive et alors que toutes les médications conseillées, y compris les bains froids, avaient été essayées, ces formes furent guéries par l'application de deux injections hypodermiques d'un gramme d'essence de térébenthine.

« 3^o Plus de 120 des scarlatines (dont quelques-unes très graves chez des enfants et chez quelques adultes) traitées par la térébenthine, furent toutes guéries, sans qu'en aucun cas les urines aient présenté de l'albumine, et cependant les malades étaient sortis à l'air libre avant les trois

semaines, à compter du jour de la manifestation de la maladie.

« 4° Une diminution manifeste dans les symptômes de la maladie ayant été observée avant la fin des trois heures après l'application de l'injection et la térébenthine ayant été reconnue tout de suite par l'odeur de violette communiquée aux urines, cela prouve évidemment que celle-ci agit immédiatement par l'absorption du médicament, en changeant le métabolisme microbien, en neutralisant peut-être les toxines sécrétées, ou bien en activant la phagocytose sanguine.

« 5° En employant la térébenthine depuis le commencement de la maladie, on évite toujours l'albuminurie ; cela prouve que celle-ci est aussi d'origine streptococcique et que l'injection n'agit pas sous le rapport déterminant ou fixateur, par le phlegmon développé trois ou quatre jours après, comme le prétend Fochier dans l'infection puerpérale, mais que, outre l'effet primitif par absorption, on en observe un autre secondaire d'un caractère révulsif, par suite du pus développé, qui se trouve toujours être aseptique. »

Les observations de Pujador y Faura ne sont pas publiées en même temps que les conclusions générales. Il est donc malaisé de se livrer à une discussion minutieuse et approfondie de ce travail et l'instruction du procès ne peut être entreprise. Néanmoins, il y a lieu d'émettre certaines réserves, notamment en ce qui concerne les considérations théoriques relatives à l'origine streptococcique ou à la nature « *a frigore* » de la néphrite, conceptions qui ne cadrent guère avec les données actuelles sur cette complication de la scarlatine.

En 1902, le D^r Courtin (in thèse Carles, Bordeaux, 1903) cite le cas d'une fillette de 6 ans, atteinte de mastoïdite avec accès septicémiques graves, chez qui la production d'un abcès de fixation fut suivie de guérison.

L'année suivante paraît la thèse importante de Carles, de Bordeaux, sur les abcès de fixation en général. Dans ce remarquable travail, l'auteur relate l'observation d'un enfant de 7 ans, atteint de dothiéntéric avec bronchopneumonie, et chez lequel deux abcès incisés le neuvième jour furent suivis de guérison.

Quelques années plus tard, paraît la thèse de Durot (Lille, 1907), relative au traitement de la pneumonie et de la broncho-pneumonie par les abcès de fixation. L'auteur rapporte deux observations de pneumonie grave chez des enfants de 4 à 6 ans, dans lesquelles la guérison a été obtenue à la suite d'injections de 1/2 à 3/4 de centimètre cube d'essence de térébenthine, à la face externe de la cuisse.

En 1910, le D^r Montagnon (*Lyon médical*, 4 déc. 1910) affirme que les injections d'essence de térébenthine chez les enfants au-dessous de 5 ans n'ont aucun inconvénient et ont une action aussi rapide et aussi efficace que chez des adultes.

Il cite une statistique de 26 cas, avec 4 décès seulement, dont 3 dus à des bronchopneumonies tuberculeuses. Il dit n'avoir jamais eu d'accidents imputables à l'abcès (ni œdème, ni sphacèle de la peau, ni douleur vive) ; il ajoute même que l'abcès de fixation, chez l'enfant, qui semble plus bénin que chez l'adulte. A ses yeux, l'injection térébenthinée peut aider au diagnostic étiologique de l'affection, car elle permet, dans certains cas, de déceler son ori-

gine tuberculeuse. D'autre part, elle aide à formuler un pronostic : la suppuration ne se produit pas dans les cas qui doivent se terminer par la mort.

L'année suivante, le D^r Espenel (Société des Sciences médicales de Lyon, 21 juin 1911) apporte 16 cas de bronchopneumonies infantiles traitées par les injections d'essence de térébenthine, et sur ces 16 cas il ne cite que 2 décès. L'âge moyen des sujets était de 0 à 22 mois.

Le professeur agrégé Patel (Société des Sciences médicales de Lyon, 21 juin 1911) rapporte l'observation d'un enfant de 5 ans, qui fut atteint de pneumonie infectieuse très grave deux jours après la mort de son père, qui avait succombé à une gangrène gazeuse foudroyante. L'état de cet enfant était désespéré quand on songea à faire une injection d'essence de térébenthine. La température se régularisa dès le lendemain, l'abcès se forma et fut ouvert quinze jours après. L'enfant guérit.

Le D^r Charles Gautier (Société des Sciences médicales de Lyon, 21 juin 1911) cite l'observation d'un nouveau-né de quelques jours, qui fit un érysipèle étendu d'origine ombilicale ; on fit une injection d'essence de térébenthine et trois jours après se forma un gros abcès, en même temps que l'érysipèle régressait et que la température tombait. L'enfant guérit.

Lançon, dans sa thèse parue à Lyon en 1912, affirme la bénignité des injections sous-cutanées d'essence de térébenthine chez les enfants, pourvu que celles-ci soient faites dans certaines conditions.

II. — Voyons maintenant les auteurs qui sont les adversaires de l'application de la méthode de Fochier à l'enfant.

Dès 1896, Méry rapporte à la Société de Biologie le cas d'un enfant de 5 ans atteint d'angine (Loeffler et streptocoque) et de scarlatine, chez lequel 3 abcès n'empêchèrent point une issue fatale.

Mlle Campana et M. Codet Boisse, dans la *Semaine médicale* du 25 mai 1904, montrent que les abcès de fixation sont loin de rendre chez les jeunes enfants, les mêmes services que chez l'adulte. Sur 5 petits malades, âgés de 7 mois à 3 ans, chez lesquels on eut recours aux injections térébenthinées, dans le cas de pneumonies graves, la guérison ne fut obtenue que dans un cas. Encore est-il vraisemblable, ajoutent ces auteurs, que chez cet enfant l'abcès n'eut aucune influence sur l'évolution favorable de l'affection, car l'amélioration ne commença que longtemps après la cicatrisation complète de l'abcès provoqué.

D'autre part, chez 2 des 4 petits malades qui succombèrent, on vit survenir des complications manifestement causées par l'injection irritante (œdème étendu dans un cas, sphacèle de la peau dans l'autre).

Ces auteurs pratiquaient leurs injections à la face externe de la cuisse et la quantité employée était d'un quart à un demi-centimètre cube d'essence de térébenthine.

Dans les 5 cas pourtant, on constata la formation du pus. Aussi la conclusion de ces auteurs est qu'au point de vue pronostic, la méthode n'est guère utilisable en pratique infantile, puisque la réaction, qui était considérée comme un signe favorable, était positive dans 3 des cas mortels sus-indiqués. Leurs observations ont été publiées dans la thèse de Cellarier (Bordeaux, 1905).

Pour cet auteur, la pratique des injections térébenthinées semble très mauvaise chez les petits enfants. Sans

action efficace, elles entraînent des complications ; le signe de la réaction perd toute sa valeur, au point de vue du pronostic, jusqu'à l'âge de 3 ans. A partir de cette époque, la loi de Fochier, « si la réaction produite est rapide et intense, le pronostic est favorable ; si, au contraire, la térébenthine reste sans effet, l'issue est fatale à bref délai », se trouve vérifiée.

Jusqu'à 3 ans, il faut absolument rejeter les injections. A partir de 3 ans, les résultats paraissent bons et montrent que du moins ils ne sont pas nuisibles ; au-dessus, ils sont très encourageants.

La même année, Déchaux, dans sa thèse, relate les observations de deux fillettes atteintes de bronchopneumonie, âgées, l'une de 3 ans, l'autre de 22 mois, chez lesquelles l'injection térébenthinée n'empêcha pas la mort.

Detscheff, dans sa thèse soutenue à Lyon, en 1909, conseille d'éviter les injections térébenthinées chez les enfants, car, dit-il, ils les supportent mal et résistent moins à une suppuration très abondante, à cause de leur impressionnabilité nerveuse excessive.

Pic et Bonnamour (*Lyon médical*, 26 janvier 1910) disent que si, dans beaucoup de cas, la méthode de Fochier s'est montrée infidèle, c'est que l'on a trop tardé à pratiquer les injections ; ces auteurs pensent que les enfants supportent mal les injections térébenthinées.

M. le Dr Péhu, médecin des Hôpitaux, et son interne, M. Pillon, ont fait paraître dans le *Lyon médical* du mois de décembre 1913 un article où ils exposent les résultats obtenus à la suite d'injections d'essence de térébenthine, chez des enfants de tout âge et atteints d'affections diver-

ses. C'est les conclusions de ces deux auteurs que nous avons adoptées dans notre travail.

M. le Dr Péhu a bien voulu mettre à notre disposition un certain nombre d'observations de malades chez lesquels la méthode des injections térébenthinées a été appliquée, pendant ces deux dernières années. Nous avons cherché uniquement à établir dans quelle proportion les injections ont provoqué des abcès, et combien il y a eu de décès sur le nombre total des malades.

Notre travail est donc uniquement clinique, et nous n'avons pas utilisé les méthodes de laboratoire, notamment les numérations leucocytaires.

Après avoir décrit la technique employée, nous étudierons les phénomènes locaux qui suivent l'injection térébenthinée. Nous citerons ensuite les observations que nous avons pu recueillir et nous verrons les résultats cliniques et les conclusions qu'il faut tirer de leur analyse.

CHAPITRE II

Technique

Les accidents de sphacèle et de gangrène, signalés par certains observateurs, à la suite des injections térébenthinées chez l'enfant, ne doivent pas se produire si l'on a soin de prendre les précautions que nous allons indiquer. Le résultat de l'application de la méthode de Fochier à l'enfant dépend donc du soin plus ou moins grand que l'on aura apporté dans la technique de l'injection elle-même.

I. — SUBSTANCE A INJECTER

Fochier, au début, se servait d'une solution de sulfate de quinine acidifiée, mais ce sel donne rarement des suppurations rapides ; le pus obtenu est séreux, en petite quantité, sans tension. La suppuration se prolonge et l'on est obligé de pratiquer de longues incisions.

Après la quinine, Fochier utilisa l'azotate d'argent, qui est à rejeter pour les mêmes raisons que le sel précédent. Thierry utilisa en 1891 l'acide phénique, le sublimé, l'oxyde jaune de Hg ; mais leur action est trop incertaine et il faut les rejeter.

On s'en tint donc à l'essence de térébenthine, qui sembla le meilleur de tous les agents, qu'on trouve partout et dont l'emploi est des plus simples.

Certains veulent une essence pure, aseptique, bouillie.

Ball affirme que c'est la seule façon d'éviter les larges processus irritatifs et les vastes délabrements.

Nous pensons que l'essence jouit de propriétés bactéricides suffisamment énergiques, pour être complètement stérile, et l'ébullition n'est d'ailleurs pas sans lui faire subir certaines modifications.

Carles, de Bordeaux, reproche à l'essence de térébenthine trop ancienne et par suite très oxygénée d'irriter les tissus et de prédisposer aux accidents de sphacèle et de gangrène de la peau.

Il convient donc de s'adresser à l'essence de térébenthine du commerce, aussi pure que possible et n'ayant pas subi une oxydation trop prononcée.

Faut-il employer, chez les enfants, l'essence pure ou bien l'huile térébenthinée, formée par un mélange au tiers ou au quart d'huile d'amandes douces stérilisée et de térébenthine ? Dans nos observations, nous avons utilisé huit fois l'huile térébenthinée et nous avons remarqué que dans 5 cas (obs. 3, 4, 21, 22, 23), les résultats obtenus par ce procédé sont beaucoup plus lents et moins complets.

Dans ces 5 cas, nous n'avons noté qu'un peu d'induration sans rougeur très prononcée, s'effaçant assez rapidement, sans donner d'abcès bien constitués.

On ne peut dire si l'on doit conclure que l'organisme « réagit » mal, ou si la substance introduite est douée d'un pouvoir irritatif suffisant.

Aussi, dans toutes les autres observations, nous sommes-nous servis de l'essence de térébenthine de fabrication récente, pure et contenue dans des ampoules en verre d'un centimètre cube, afin d'éviter de la sorte des contaminations extérieures.

La stérilisation, outre qu'elle atténue les propriétés de l'essence, a, de plus, l'inconvénient de compliquer inutilement une méthode dont un des principaux avantages est la simplicité.

II. — QUANTITÉ A INJECTER

L'enfant réagit très énergiquement et ses tissus délicats et friables offrent une sensibilité très grande à l'action de la térébenthine ; aussi une technique particulière s'impose si l'on ne veut pas s'exposer à des inconvénients sérieux ou graves.

Les quantités employées chez l'enfant ont varié avec les auteurs.

Isidoro Pujador y Faura conseille un centimètre cube.

Mlle Campana et M. Codet Boisse injectent de un quart à un demi-centimètre cube, de même que Cellarier.

A ce propos, ces auteurs relatent cinq essais malheureux d'injections térébenthinées chez de jeunes enfants.

Deux de ces petits malades présentèrent des accidents graves : l'un, âgé de 18 mois, présenta, trois quarts d'heure après l'injection, un œdème blanc considérable généralisé aux trois quarts inférieurs du corps, suivant une ligne horizontale passant par l'appendice xiphoïde, œdème qui s'étendit bientôt jusqu'à la face ; l'autre, âgé de 7 mois, fut envahi par une éruption généralisée ; de vastes décollements se produisirent autour du foyer de l'abcès et ils se compliquèrent d'une gangrène fétide avec sphacèle étendu des téguments, laissant les muscles à découvert au fond d'une plaie noirâtre.

Or, si l'on se reporte à ces observations, on constate que, dans les deux cas, la dose injectée avait été d'un demi-centi-

mètre cube au lieu d'un quart, comme chez les trois autres petits malades.

Montagnon et Lançon, en présence de cette susceptibilité excessive des enfants, ont employé des doses beaucoup moins fortes.

Ils injectent un tiers de centimètre cube jusqu'à l'âge de 12 mois, et un demi-centimètre cube de 1 à 5 ans.

Espenel, au contraire, a injecté chaque fois, à tous ses petits malades, un centimètre cube, sans jamais voir se produire aucune complication.

Quant à nous, nous sommes arrivés à n'utiliser qu'une petite dose allant jusqu'à un demi-centimètre cube d'essence, au-dessous de 2 ans, tandis qu'au-dessus de cet âge, nous avons employé un centimètre cube. Il ne faut pas craindre d'inconvénient sérieux. Dans 20 cas nous avons fait ces injections à des nourrissons et jamais nous n'avons relevé d'incident fâcheux.

III. — LIEU D'INJECTION

Il importe, avant tout, de pousser l'injection dans le tissu cellulaire sous-cutané et d'éviter que l'essence de térébenthine soit introduite dans le derme ou sous les aponeévroses.

L'injection intra-dermique expose à un phlegmon qui peut se compliquer de sphacèle étendu de la peau avec tendance marquée à la suppuration, par suite des germes aerobies et anaerobies qui se trouvent sur le revêtement cutané de l'enfant.

Si l'essence pénètre au-dessous des gaines aponevrotiques, elle peut occasionner des impotences musculaires

définitives, par destruction du tissu contractile ou déterminer l'apparition de fusées purulentes gênantes.

Au point de vue du lieu même où il est préférable de faire l'injection, les opinions varient.

Durot, après Genest et Genairon, estime que la partie externe de la cuisse est un lieu très favorable ; d'autres font l'injection sur les masses lombaires (il semble que cette dernière pratique soit à rejeter, car elle rend le décubitus dorsal très pénible ou même impossible).

Montagnon et Lançon font l'injection, là où le tissu cellulaire sous-cutané est le plus libre et où l'abcès provoqué est le moins douloureux et le moins gênant, c'est-à-dire au niveau de la paroi abdominale antérieure.

Quant à nous, dans une quinzaine d'observations, nous avons utilisé la face antérieure et externe de la cuisse, mais nous avons vite abandonné cette pratique, car il en était résulté dans plusieurs cas, de vastes décollements de la peau (obs. 2, 36), d'une réparation lente et difficile, avec perte de substance de la dimension d'une pièce de 2 francs, complication obligeant à des incisions et retardant la guérison.

Aussi avons-nous pratiqué toutes nos autres injections dans le tissu cellulaire sous-cutané de la paroi abdominale, au niveau des hypochondres, à égale distance de l'épine iliaque et de fausses côtes.

Les téguments de cette région sont très extensibles, se décollent facilement, et les abcès peuvent s'y développer plus facilement qu'ailleurs et fournir une quantité de pus bien plus considérable.

L'injection sera faite comme toutes les injections sous-cutanées ; après aseptie de la région et des doigts de l'opé-

rateur à la teinture d'iode et après stérilisation de la seringue et flambage de l'aiguille.

En ce qui concerne le moment où il convient de faire l'injection, il faut pratiquer cette dernière ni trop tôt, ni trop tard. Si elle est faite tout au début de l'infection (bronchopneumonie, maladie infectieuse, fièvre éruptive), c'est inutile, car l'organisme a ses « réactions » de défense poussées au maximum, et chercher à augmenter celles-ci serait peu avantageux.

Si, au contraire, elle est faite au moment où les « réactions » de défense fléchissent, elle agit en donnant un coup de fouet à la phagocytose et cette leucocytose abondante et salutaire vient au secours de l'organisme défaillant. Ainsi dans le cas d'une bronchopneumonie si, malgré les bains sinapisés, les inhalations d'oxygène, la température reste élevée, si la dyspnée ne cède pas, si l'état général est médiocre, il faut faire une injection térébenthinée, et c'est à ce moment que l'effet maximum sera produit.

CHAPITRE III

Phénomènes locaux observés après l'injection

L'évolution des abcès de fixation consécutifs aux injections térébenthinées s'accompagne, comme celle des abcès spontanés, de symptômes généraux et de phénomènes locaux.

Le premier de ces symptômes est *la douleur*. Habituellement supportable, elle nécessite parfois, par son intensité, l'application de cataplasmes chauds « *loro dolenti* », qui rendront les plus grands services. Ajoutons cependant que c'est l'exception et que dans la presque totalité des cas que nous avons observé, nous n'avons pas eu à recourir à ce moyen et que les abcès ont évolué sans provoquer de douleurs exagérées.

Certains auteurs ont prétendu que la pyogénèse artificielle s'accompagne d'hyperthermie. Dans plusieurs observations, nous avons remarqué, en effet, dans les heures suivant l'injection, une légère élévation thermique, mais celle-ci n'était que passagère et dès le lendemain la température tombait. Nous verrons, d'ailleurs, dans un chapitre ultérieur, l'action atténuatrice de l'injection térébenthinée sur la fièvre.

Localement, on constate habituellement, dès les premières heures suivant l'injection, une rougeur diffuse qui

s'accroît peu à peu ; la peau prend une teinte rouge violacée, en même temps que l'on voit apparaître une induration au lieu de la piqûre. Cette induration est évidente en général dès le troisième jour ; dans plusieurs observations, elle s'est manifestée le lendemain même. Elle progresse et arrive à recouvrir une surface égale à celle d'une pièce de 5 francs et même plus.

Puis elle est remplacée par une tuméfaction fluctuante qui augmente progressivement et, vers le septième jour, l'inflammation s'est localisée ; la douleur diminue, la fluctuation est nette, le pus est collecté.

L'ouverture de l'abcès se produit parfois spontanément, surtout si un peu d'essence de térébenthine s'est infiltrée dans le trajet de l'aiguille, pendant que l'opérateur la retire, et Fochier indique même ce moyen pour fournir au pus une issue naturelle. Il est cependant nécessaire le plus souvent d'intervenir pour vider l'abcès, et il faut alors faire, avec le bistouri, une incision à la partie centrale de la poche fluctuante. Il n'est pas indifférent de pratiquer cette incision à n'importe quel moment.

Une incision précoce qui donne issue à la térébenthine fait avorter l'évolution de l'abcès ; ce dernier doit être ouvert le plus tard possible et seulement quand la fluctuation est très nettement perceptible, ce qui n'a guère lieu avant le huitième jour.

Il faut laisser l'évolution se poursuivre, tant que la fièvre persiste ; si l'on incise avant que la défervescence ne se soit produite, il faut créer un nouvel abcès de remplacement, avant de vider le premier.

C'est là, a dit Fochier, une condition de fixation perma-

nente ou plutôt continue, qui me paraît essentielle au succès de la méthode dans les cas très graves.

L'incision une fois faite, on exprime l'abcès très fortement, de façon à le vider complètement et à éliminer, par des mouvements de malaxation, les débris sphacelés contenus dans l'intérieur de la poche.

L'aspect du pus sera variable : si l'incision est pratiquée d'une façon précoce, le pus est grumeleux, formé d'une partie séreuse, dans laquelle nagent des débris de tissu cellulaire mortifié, de graisse, des globules blancs et de nombreuses hématies ; si l'incision est retardée, les diastases cellulaires développées par les leucocytes dans le foyer de suppuration liquéfient ces grumeaux et le pus a un aspect louable ; il est homogène et bien lié, analogue à celui des suppurations chaudes.

Une fois l'abcès vidé, on lavera à l'eau oxygénée, on tamponnera l'orifice de sortie avec de la teinture d'iode et on recouvrira de gaze aseptique, maintenue en place par quelques tours de bande, de façon à ce que l'enfant ne puisse se débarrasser de son pansement et souiller sa plaie.

La cicatrisation est rapide et en quelques jours tout est rentré dans l'ordre. Si elle est un peu longue à se produire, des pansements au vin aromatique seront employées utilement. Un fait d'une importance capitale ressort de l'examen de nos observations :

« Chez l'enfant, après l'injection sous-cutanée d'essence de térébenthine, il est constant d'observer la formation d'une collection suppurée patente ou latente, circonscrite ou étendue, mais qui ne fait jamais défaut. » (Péhu et Pilon, *Lyon médical*, déc. 1913.)

Cette particularité n'a pas été signalée explicitement jusqu'à présent par les auteurs qui ont appliqué la méthode de Fochier à l'enfant, et les conséquences qu'elle comporte sont très importantes au point de vue pronostic, ainsi que nous le verrons plus loin.

Cette constatation nous a été permise par des incisions pratiquées lors de six autopsies au niveau du lieu de l'injection térébenthinée.

Dans l'observation 26, on fait au petit malade, une injection d'un centimètre cube d'essence au flanc gauche, le 17 janvier. Le 18, il se manifeste de la rougeur et de l'induration au niveau de la piqûre, en même temps que la température baisse. Le 19, l'enfant meurt.

L'incision de l'abcès térébenthiné montre successivement, au centre de la piqûre, là où la térébenthine a été déposée par l'aiguille, un petit hématome central, de l'étendue d'une pièce de cinq francs, de deux millimètres environ d'épaisseur et formé de sang rouge fluide. Au dessous et autour de lui, on aperçoit des modifications qui portent principalement sur le tissu cellulaire : on voit un tissu lardacé d'une épaisseur d'un centimètre environ, avec un aspect aréolaire, une sorte de quadrillage constitué par des zones alternantes de tissu graisseux et de pus. Ces altérations s'arrêtent au niveau de l'aponévrose.

Dans l'observation 49, on fait au petit malade une injection de 0 cm.c. 5 d'essence au flanc gauche, le 14 février.

Pas de phénomènes locaux extérieurement visibles les jours suivants.

On réinjecte 0 cm.c. 5 au flanc droit, le 19 février. Décès le même jour.

A l'incision des lieux d'injection, faite au moment de l'autopsie, on voit du côté gauche, çà et là où l'injection avait été faite six jours auparavant, du pus bien lié, tandis que du côté droit il n'y a rien, l'injection n'ayant été faite que quelques heures avant la mort.

Dans l'observation 52, on fait à la malade une injection d'un centimètre cube d'essence au flanc droit, le 6 juin. Le 9 juin, la malade meurt sans avoir présenté de phénomènes

locaux visibles, rougeur ou induration, au niveau de la piqûre.

A l'autopsie : L'orifice d'entrée de l'aiguille dans la paroi abdominale antérieure droite est à peine visible. Il n'y a ni rougeur de la peau, ni tuméfaction ; et pourtant, avec une incision large, on met à nu des lésions déjà très accentuées, portant uniquement sur le tissu cellulaire. On constate, au niveau même de la piqûre, un point gros comme une lentille, blanchâtre, paraissant sphacélé. Il y a quelques suffusions sanguines recouvertes par un tissu cellulaire graisseux déjà modifié, qui n'est plus dense et qui a l'aspect verdâtre. Certains points sont de consistance molle, d'autres, franchement purulents. Les lésions s'étendent sur une surface d'environ 5 centimètres carrés.

Dans l'observation 35, après une injection d'un centimètre cube d'essence au côté gauche, faite le 12 janvier, on voit se manifester des phénomènes locaux : induration avec rougeur violacée de la peau.

Le 17, on injecte un centim. cube d'essence au côté droit et le 19, il y a de la rougeur et de l'empatement au niveau de la piqûre.

La malade meurt le 19.

A l'incision des abcès, il y a issue de pus des deux côtés.

Un autre de nos petits malades (observation 12) meurt le 24 janvier, après avoir reçu, le 20 janvier, une injection de 0 cm.c. 5 d'essence au flanc gauche, et après avoir présenté au niveau du lieu de la piqûre, une rougeur intense sur une largeur égale à celle d'une petite paume de main. A l'autopsie, on note au centre du lieu d'injection, la présence de quelques gouttes de pus (6 à 8). Le tissu cellulaire est augmenté d'épaisseur et mesure trois quarts de centimètre, alors que du côté opposé il n'a qu'un quart de centimètre.

Les lobules graisseux sont très apparents ; leur volume est augmenté et ils ont une coloration verdâtre très prononcée, comme s'ils commençaient à subir une désintégration purulente. On reconnaît encore les longs filaments de tissu conjonctifs, mais ils sont peu nombreux. En somme, on a l'impression d'être en présence d'un phlegmon diffus.

Dans l'observation 14, le malade reçoit 0 cm.c 2 d'essence au flanc gauche, le 27 janvier. Fluctuation au lieu d'injection, le 1^{er} février. On fait 0 cm.c. 3 d'essence au flanc droit. L'enfant meurt le 4.

A l'autopsie, l'abcès du côté gauche contient de la substance caséuse verdâtre ; à droite, il y a du pus séreux, pas franchement verdâtre, au milieu du tissu conjonctif en voie de désintégration.

Qu'il nous soit permis ici de faire une courte digression et de citer une observation de la thèse de Marmoiton (Nancy 1913, p. 56) :

Il s'agit d'un adulte n'ayant présenté aucune réaction visible extérieurement, à la suite de deux injections d'un centimètre cube d'essence de térébenthine. A l'autopsie du foyer du lieu d'injection, le derme est profondément nécrosé et le tissu cellulaire montre ses vastes alvéoles remplies, les unes de graisse, les autres de leucocytes. Une coupe d'artère présente une vaso-dilatation intense avec un véritable thrombus de globules blancs ; les gaines de ce vaisseau sont dissociées par une infiltration leucocytaire abondante. Tout autour de l'artère se sont formées des nodules inflammatoires constituées par des amas de leucocytes pressés les uns contre les autres.

Dans ces observations, on saisit sur le vif les différentes phases évolutives des abcès térébenthinés qui, dans certains cas d'ailleurs, vont jusqu'au phlegmon diffus.

De leur analyse résulte le fait important que, *même si extérieurement rien n'indique le développement d'un abcès, il n'en est pas moins vrai qu'on peut soupçonner des modifications anatomiques déjà constituées dans la profondeur.*

En dehors de ces cas, nous avons noté constamment la formation évidente d'une collection purulente. Même dans les cas de tuberculose, nous en avons constaté la présence. L'exception est, au contraire, qu'il ne s'en forme pas.

Cette proposition est si vraie que dans notre statistique nous n'avons eu, cliniquement, que deux résultats en apparence négatif (obs. 49, 52), et il s'agissait justement de ces cas dans lesquels extérieurement rien n'est visible :

cependant l'incision et la dissection de la paroi ont révélé la présence du pus dans la profondeur.

Mais si, *anatomiquement*, la formation de l'abcès est constante, il ne s'ensuit pas qu'il soit toujours et rapidement visible à l'extérieur.

Certains auteurs prétendent que, pour admettre la réalité de la « fixation » au niveau de la collection suppurée, il importe que celle-ci soit d'un volume relativement considérable, que la réaction ne doit pas se borner à un peu de rougeur ou d'induration, témoignant un degré faible d'inflammation, et beaucoup exigent que la térébenthine ait provoqué un effet local allant au moins jusqu'au phlegmon circonscrit ou diffus.

Mais on conçoit combien il est malaisé de fixer un critérium, car la rougeur cutanée, extérieure par conséquent, ne répond pas rigoureusement à ce qui se passe dans la profondeur.

La notion de quantité est donc très contingente. D'ailleurs, ce que nous avons signalé, au sujet des résultats obtenus par les incisions lors des autopsies, répond encore et très catégoriquement, nous semble-t-il, à une objection que nous avons tenu, cependant, à ne point éluder.

L'absence de symptômes réactionnels apparents peut s'observer dans les cas où la térébenthine a été poussée sous une aponévrose résistante ou sous une couche épaisse de tissu adipeux.

Constitué dans la profondeur, l'abcès peut « rester en sommeil ». Dès lors, et le fait est surtout évident dans les cas de tuberculose, pulmonaire ou généralisée, si la maladie a une évolution promptement mortelle, rien n'apparaît à la surface de la peau : l'injection est considérée

comme étant restée négative. On dit que l'abcès n'a pas pris.

Au contraire, quand la guérison s'établit, au moment où s'atténuent les symptômes cardinaux de la maladie, alors seulement la migration de l'abcès s'effectue et la phase latente est terminée.

CHAPITRE IV

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Bronchopneumonie. — Injection positive. — Guérison

C. G., 23 mois, entre à Sainte-Jeanne, le 29 août 1912, pour de la spécificité, avec otorrhée. Au cours de son séjour, l'enfant contracte une bronchopneumonie, le 14 novembre 1912.

Dyspnée avec cyanose ; toux moniliforme, râles sous-crépittants aux deux bases. T. 40°5.

Le 20, T. 40°6. On pratique une injection d'1 cm.c. d'huile térébenthinée au flanc droit. Le 21, la température descend à 39° en même temps que se forme une tuméfaction rouge au lieu d'injection.

Le 22, la rougeur s'accroît et la fluctuation commence à apparaître. T. 38°5. Au point de vue physique : foyer de râles fins à la base droite. Le 23, ouverture de l'abcès. T. 37°5.

Les jours suivants, l'apyrexie persiste et l'enfant guérit de sa bronchopneumonie. Morte ultérieurement de rougeole.

OBSERVATION II

Bronchopneumonie. — Injection positive. — Guérison

C. G., 18 mois, entre à Sainte-Jeanne, le 3 décembre 1912, pour une bronchopneumonie ayant débuté le 26 novembre.

A l'entrée : Etat général médiocre. Teint pâle, légère oppression. Peu de signes fonctionnels. A droite, foyer de râles fins avec souffle. T. 38°9. Injection d'1 cm.c. d'huile térébenthinée à la cuisse gauche, le 4 décembre. Le soir même, T. 37°.

La température remonte les jours suivants et atteint 40° le 10 décembre.

Les signes fonctionnels sont peu nombreux et pourtant il y a persistance d'un foyer de râles fins à la base droite, en arrière, sur une étendue de deux travers de doigts avec submatité.

Le siège de la piqûre est caractérisé par une rougeur violacée avec induration. Le 11 injection de 0 cm.c. 5 d'essence de térébenthine à la cuisse gauche et à cinq travers de doigt, au-dessous de la précédente. La température, qui était à 40° le 11 décembre, tombe à la normale le 14.

Le 17, disparition des signes pulmonaires ; rougeur et induration marquées au niveau de la seconde injection. Le 3 janvier, vaste décollement au niveau du siège de la piqûre.

Guérison de la bronchopneumonie. Morte ultérieurement de rougeole.

OBSERVATION III

Bronchopneumonie. — Injection positive. — Guérison

A. Y., 18 mois, entre à Sainte-Jeanne, le 5 décembre 1912, pour une bronchopneumonie.

A l'entrée : Oppression, respiration poussée. Battements des ailes du nez. Toux moniliforme, mais peu fréquente. Etat général médiocre. T. 39°8.

Le 6, injection d'1 cm.c. d'huile térébenthinée au flanc gauche.

Le 9, la température reste élevée à 39°6. Aux poumons, à droite et en arrière, matité relative du tiers inférieur, tournant nettement dans l'aisselle et on la retrouve en avant. Léger skodisme dans la région sous-claviculaire droite. Pas de râles, mais souffle tubaire rude, assez superficiel. On pratique une ponction qui ramène du liquide jaunâtre, citrin, louche, sans fragments de fibrine.

Rien au poulmon gauche. Au niveau de la piqûre, rougeur violacée de la peau.

Le 10, les signes thoraciques sont modifiés. On entend davantage de râles sous-crépitahts humides, assez fins, presque gargouillants, du côté droit. T. 39°6.

Le 11, l'étendue du souffle augmente et on entend des râles sur toute la hauteur du poulmon droit. Au niveau de la piqûre rougeur violacée, très nette, avec induration sur une surface

analogue à celle recouverte par une pièce de cinq francs. On injecte 0 cm.c. 5 d'essence de térébentine au flanc droit. T. 39°5.

Le 13, rougeur et induration au niveau de la piqure.

Le 15, fluctuation à droite et le 16, ouverture de l'abcès. La température tombe à 39°. Il y a diminution de la matité et du souffle. Gros râles sous-crépitaux.

A partir du 18, la température tombe lentement à la normale ; les signes d'épanchement diminuent, mais il y persistance de râles métalliques unilatéraux très abondants.

L'enfant contracte la varicelle dans le service et sort guérie le 18 février.

OBSERVATION IV

Bronchopneumonie. — Injections positives. — Mort

D. G., 13 mois, entre à Sainte-Jeanne, le 8 décembre 1912, parce qu'il tousse et a de la fièvre.

A l'entrée : Battements des ailes du nez, dyspnée ; foyer de râles sous-crépitaux fins à la base gauche. T. 40°5.

On fait une injection de 0 cm.c. 5 d'huile térébenthinée au flanc gauche.

Le 11 décembre, mauvais état général ; gros disque d'albumine ; souffle tubaire au tiers supérieur du poumon droit, en arrière.

On fait une injection d'essence de térébenthine au flanc droit. T. 40°6.

Le 12, rougeur, avec induration au flanc gauche. T. 40°5. Le souffle persiste avec matité et égophonie. Pas de liquide retiré à la ponction.

Le 13, formation d'une poche fluctuante au flanc gauche. T. 41°. Les signes physiques sont les mêmes. Etat général médiocre. On fait 0 cm.c. 5 d'essence de térébenthine au flanc droit.

Les 14 et 15, chute de la température à 37°5. Le souffle disparaît. Les râles sont moins fins et moins serrés.

Le 17, ouverture de l'abcès au flanc gauche. T. 37°8. Il y a de la rougeur et de l'induration à la piqure du flanc droit.

Le 19, fluctuation du côté droit. Le 20, on ouvre l'abcès, il s'écoule un demi-verre à bordeaux de pus clair.

Jusqu'au 6 janvier, l'état général reste médiocre ; la température se maintient aux environs de 38°. Les signes physiques n'ont pas changé.

Le 7 janvier, élévation thermique à 40°2. En arrière, submatité aux deux bases, avec râles crépitants secs, très abondants, par bouffées. Légère dyspnée à type inverse. Prostration et abattement avec pâleur. Injection de 0 cm.c. 5 d'essence à la cuisse gauche.

Le 10, T. 39. La dyspnée a disparu, mais l'enfant est très prostré et très pâle. Les signes de la base droite ont diminué ; à gauche, les râles sont moins étendus, mais on entend à la base un souffle inspiratoire un peu aigre. Au niveau de la piqure, à la cuisse, il y a une rougeur violacée, avec induration de la paroi. Par l'orifice d'injection s'écoule un peu de pus ; en pressant, on fait sourdre une cuillerée à soupe d'un pus séreux avec quelques grumeaux.

Le 11, injection de 0 cm.c. 5 d'essence de térébenthine à la cuisse droite.

Le 13, l'état général est mauvais ; l'enfant est très abattu avec quelques battements des ailes du nez. T. 39°. Mêmes signes physiques. On incise l'abcès de la cuisse gauche et il s'écoule un demi-verre à bordeaux de pus. Au niveau de la piqure de la cuisse droite, il y a de la rougeur, avec une grosse induration à cinq francs.

Le 16, cette induration se limite. L'état général n'a pas changé. L'enfant est très pâle, sans dyspnée, avec une prostration extrême. Mêmes signes physiques. T. 39°

Le 17, apparition d'une varicelle très discrète. On fait 0 cm.c. 5 d'essence au flanc droit.

Le 19, T. 38°. L'état général semble se relever. L'appétit a un peu augmenté. Au flanc droit, induration bien limitée à deux francs, au niveau du point d'injection.

Le 23, l'état du malade empire. Apparition d'une escarre sacrée. Dyspnée et battement des ailes du nez. Au flanc droit, formation d'une large poche fluctuante avec coloration rouge livide des téguments.

Le 25, T. 40°2. On fait 0 cm.c. 5 d'essence au flanc gauche.

Le 28, les signes pulmonaires sont toujours très accentués. L'escarre sacrée se cicatrise. On incise l'abcès du flanc droit et il s'écoule un quart de verre à bordeaux de pus grumeleux.

Au flanc gauche, léger empâtement, sans rougeur bien nette. La température est tombée à 38°.

Le 31, T. 40°5. A droite, au sommet, respiration soufflante, à timbre un peu creux, avec râles humides ; à la partie moyenne souffle et râles sous-crépitants avec retentissement déchirant du cri et de la toux.

A gauche, respiration soufflante au sommet, avec retentissement de la voix. Tout le poumon droit est submat par rapport au poumon gauche, sans que la matité tourne sous l'aisselle, et sans abolition du murmure à la base.

Au niveau de la piqure du flanc gauche, rougeur livide avec fluctuation.

Le 2 et le 3 février, la température tombe à 38°5 et l'enfant meurt le 4, à 5 heures du matin.

A l'autopsie : Adénopathie très accusée.

Aux poumons : A droite, symphyse pleurale à peu près totale. Coloration gris chamois du parenchyme avec aspect pancréatisé typique, à peu près généralisé. A la pression, on fait sourdre de la sérosité fluide légèrement purulente, bien qu'en certains points il y ait issue de pus franc.

A gauche, lésions de même ordre, mais moins accusées.

Reins décolorés, foie décoloré, d'aspect grasieux.

En somme, lésions de bronchopneumonie à type infectieux.

OBSERVATION V

Bronchopneumonie. — Injection positive. — Guérison

P. J., 1 an, entre à Sainte-Jeanne, le 20 décembre 1912 ayant eu la diphtérie un mois auparavant.

A l'entrée, mauvais état général. Foyer de râles fins à la base droite. T. 38°5.

La température tombe à la normale jusqu'au 6^e janvier où elle remonte à 40° en même temps qu'apparaissent des signes de bronchopneumonie : Cyanose, battements des ailes du nez, toux moniliforme, souffle et râles fins à la base gauche. On injecte 0 cm.c. 5 d'essence au flanc gauche.

Le 7, T. 40°8. Rougeur et induration au niveau de la piqure.

Le 8, la température baisse ; les signes fonctionnels sont moins accusés. Quelques râles fins à la base droite. Mêmes signes à gauche.

Le 10, T. 38°8. Rougeur très étendue et induration de la peau de la paroi abdominale gauche. Mêmes signes physiques.

Le 13, T. 38°2. Les signes physiques ont légèrement diminué. Incision de l'abcès du flanc gauche avec issue d'un demi-verre à vin de pus. L'apyrexie se maintient les jours suivants et l'enfant sort guérie, le 5 mars, après une persistance assez longue de signes physiques.

OBSERVATION VI

Bronchopneumonie. — Injections positives. — Guérison

C. A., 4 mois, entre à Sainte-Jeanne, le 31 décembre 1912, pour une bronchopneumonie ayant débuté le 24 décembre.

A l'entrée : Oppression très marquée. Cyanose. Battements des ailes du nez, toux moniliforme. T. 39°5. Souffle et râles sous-crépitaux fins du côté gauche. Le 2 janvier, injection de 0 cm.c. 5 d'essence au flanc gauche.

Le 4, chute de la température à 38°5. Rougeur de la peau et induration s'étendant sur une surface analogue à celle recouverte par une pièce de cinq francs.

Le 6, T. 37°5. La fluctuation apparaît. Le 7, T. 37°. On ouvre l'abcès et il s'écoule un demi-verre de table de pus jaunâtre assez bien lié.

Le 27, l'enfant contracte la varicelle dans le service.

Le 31, polypnée, battements des ailes du nez. Rien à l'auscultation. T. 40°2. On injecte 0 cm.c. 5 d'essence au flanc droit.

Dès le lendemain, la température descend à 37°5 et s'y maintient les jours suivants.

Le 3 février, empatement et rougeur au niveau de la piqûre au flanc droit. Le 6, fluctuation énorme avec abcès volumineux qu'on incise.

L'enfant sort guérie le 4 mars.

OBSERVATION VII

Bronchopneumonie. — Injections positives. — Guérison.

B. V., 3 ans et demi, est amenée aux diphtéries, le 6 janvier 1913, pour une oppression vive ayant nécessité un tubage immédiat. La culture est négative.

Le 7 au soir, polypnée intense avec type inverse net, battement des ailes du nez, léger tirage, cyanose intense. T., 40°5

Peu de signes à l'auscultation. Injection d'1 cm.c. d'essence de térébenthine à la cuisse gauche.

Le 8, polypnée intense, cyanose, tirage, anxiété. Expectoration purulente abondante. T. 39°5. Au point d'injection, placard induré de la largeur d'une pièce de cinq francs, avec un peu de rougeur de la peau.

Le 9, T. 38°6. Etat cartonné de la peau au niveau de la piqûre, sans fluctuation. L'état général est médiocre, le teint est terreux. Polypnée, voix éteinte. Injection d'1 cm.c. d'essence à la cuisse droite.

Le 10, a eu lieu la deuxième piqûre, placard induré de la largeur d'une pièce de cinq francs, avec rougeur violacée du tégument.

Au poumon droit, en arrière : râles sous-crépitanants à timbre humide, avec, à la partie moyenne, un caractère soufflant de la respiration. A gauche, signes identiques.

Le 11, amélioration de l'état général. La dyspnée a diminué ainsi que les râles. A gauche, obscurité respiratoire avec souffle aux deux temps. Du côté de la première injection, c'est-à-dire à la cuisse gauche, il y a une large poche fluctuante ; à la cuisse droite, rougeur de la peau avec fluctuation. T., 38°4.

Le 16, incision des deux abcès. Il s'écoule un verre à bordaux de pus bien lié. La température se maintient aux environs de 37°5 et l'enfant sort guérie le 18 janvier.

OBSERVATION VIII

Bronchopneumonie. — Injection positive. — Mort.

G. P., 3 ans, est envoyé, le 10 janvier 1913, aux diphtéries, avec le diagnostic de sténose laryngée d'origine diphtérique. Tirage intense et cornage ayant obligé à tuber l'enfant dès l'entrée. Cultures deux fois négatives. Signes de bronchopneumonie double à développement et à apparition très rapides. T., 39°5.

On injecte 1 cm.c. d'essence, le 11, du côté droit. Le soir même, chute de la température qui remonte à 40°5 les jours suivants. L'état général reste mauvais et les signes fonctionnels et physiques persistent dans toute leur intégrité.

Le 13, injection d'1 cm.c. d'essence du côté gauche. Chute de la température le lendemain à 39°2.

Au niveau des deux piqûres, rougeur très prononcée avec induration assez large. Mort le 14 janvier. Pas d'autopsie.

OBSERVATION IX

Bronchopneumonie. — Injections positives. — Guérison.

P. R., 1 mois, entre à Sainte-Jeanne, le 11 janvier 1913, pour une bronchopneumonie ayant débuté le 3.

A l'entrée : oppression, battements des ailes du nez, cyanose unguéale, respiration à type inverse, toux moniliforme, râles fins bilatéraux très étendus. Pas de souffle. Etat général moyen. T. 38°8.

Injection de 0 cm.c. 5 d'essence de térébenthine au flanc gauche, en même temps qu'on donne de l'oxygène et des bains sinapisés.

Le 13, T. 38°. Induration légère au lieu de la piqûre.

Le 14, l'induration est remplacée par de l'empâtement avec la rougeur. Le 16, la température descend en lysis à 37°8. Les signes physiques n'ont pas changé. Il y a formation d'une poche fluctuante.

Le 22, on incise l'abcès et il s'écoule un demi-verre à bords de pus bien lié, crémeux. La température reste aux environs de 37°5 et l'enfant sort guérie le 8 février.

OBSERVATION X

Bronchopneumonie. — Injection positive. — Mort.

V. Y., 2 ans, entre aux diphtéries pour de la dyspnée laryngée, le 11 janvier 1913.

Deux cultures restent négatives. Le tubage étant impossible, on fait une trachéotomie à l'entrée.

A l'entrée, signes de bronchopneumonie bilatérale. T. 38°.

Le 12, injection de 0 cm.c. 5 d'essence de térébenthine au flanc gauche.

Le 13, l'état général s'aggrave. T. 39°. Induration de la largeur d'une pièce de deux francs, au niveau de la piqûre.

Le 14, état très précaire. T. 40°. Les signes physiques persistent dans toute leur intégrité. L'enfant meurt le 15 dans l'hyperthermie.

A l'autopsie : bronchopneumonie pseudo-lobaire à gauche ; lésions plus discrètes à droite.

OBSERVATION XI

Bronchopneumonie. — Injection positive. — Guérison.

L. A., 2 ans et demi, entre à Sainte-Jeanne, le 20 janvier 1913, pour une bronchopneumonie ayant débuté le 18.

A l'entrée : polypnée intense, battements des ailes du nez, type inverse de la respiration, cyanose très marquée. T. 39°

Signes physiques des deux côtés : souffle à droite, bruit de tempête à gauche.

Injection d'1 cm.c. d'essence de térébenthine au flanc droit.

Le 23, T. 38°, la dyspnée a diminué, ainsi que la cyanose.

A l'auscultation, on trouve quelques râles fins, mêlés à des râles sous-crépitaux à la partie moyenne du poumon gauche, avec, à la base, quelques râles de gros calibre ; pas de souffle.

Au niveau du point d'injection, empatement diffus.

Si les signes physiques de bronchopneumonie existent encore, il n'en est pas moins vrai que, fonctionnellement, il y a une grande amélioration.

Le 27, T. 37°5. Empatement et tuméfaction au siège de la piqûre. Jusqu'au 10 février, les signes physiques persistent en s'atténuant ; les signes fonctionnels sont très peu nombreux. La température se maintient aux environs de 37°5.

Le 10 février, incision de l'abcès. Il en sort un demi-verre ordinaire de pus bien lié.

Le 3 mars, l'enfant sort très améliorée, mais avec quelques signes physiques.

OBSERVATION XII

Bronchopneumonie. — Injection positive. — Mort.

F. E., 11 mois, entre à Sainte-Jeanne, le 20 janvier, pour des troubles digestifs.

A l'entrée : état général médiocre. Oppression très marquée, respiration accélérée, avec type inverse. Cyanose des extrémités et battement des ailes du nez. T. 40°2.

A l'auscultation : à droite, râles de gros calibre ; à gauche, à la partie moyenne, râles fins assez abondants par bouffées.

On fait, le soir même, 0 cm.c. 5 d'essence de térébenthine au flanc gauche.

Le 21; T. 40°4. Au niveau du point d'injection rougeur violacée intense avec empâtement sur la largeur d'une petite paume de main.

Le 22 et le 23, la température descend à 39°, mais les phénomènes fonctionnels et physiques ne s'apaisent pas et l'enfant meurt le 24.

A l'autopsie : lésions marquées de bronchopneumonie bilatérale à prédominance gauche. Le foie et le rein ont subi une transformation graisseuse très prononcée.

L'abcès térébenthiné forme, au niveau de la paroi abdominale gauche, une poche un peu étalée, visible à l'extérieur, mais peu saillante. Après incision cruciale, on note que, à peu près au centre, il s'écoule du pus en très faible quantité, six à huit gouttes environ ; le tissu cellulaire est augmenté d'épaisseur et mesure trois quarts de centimètre, alors que, du côté opposé, il n'a qu'un quart de centimètre.

Les lobules graisseux sont très apparents ; leur volume est augmenté et ils ont une coloration verdâtre, très prononcée, comme s'ils commençaient à subir une désintégration purulente. On reconnaît encore les longs filaments de tissu conjonctif, mais ils sont peu nombreux ; en somme, on a l'impression d'être en présence d'un phlegmon diffus.

OBSERVATION XIII

Bronchopneumonie. — Injection positive. — Guérison.

R. A., 16 mois, entre à Sainte-Jeanne, le 21 janvier 1913, pour une bronchopneumonie ayant débuté le 9.

A l'entrée : mauvais état général. Pâleur, cyanose, battements des ailes du nez, dyspnée très vive. T. 38°8.

Aux poumons, râles bilatéraux de gros calibre, humides. Souffle bilatéral dans les deux tiers inférieurs des deux poumons.

Injection de 0 cm.c. 5 d'essence de térébenthine au flanc gauche.

Le 23, chute brusque de la température à 37°6. Au niveau de la piqûre, placard induré de la dimension d'une pièce de cinq francs avec rougeur violacée des téguments. L'état général n'est guère amélioré. La polypnée est très accentuée. Pâleur extrême. Les signes physiques ne sont pas modifiés. Le souffle persiste à la partie moyenne du poumon gauche avec râles fins et nombreux à la base ; du côté droit, respiration forte au sommet, avec quelques sibilances à la base.

Le 1^{er} février, la température se maintient aux environs de 37°5. Les signes physiques n'ont pas changé. Large poche fluctuante au niveau de la piqûre.

Le 5, incision de l'abcès ; il s'écoule un demi-verre à bords de pus bien lié. Le 14, l'enfant sort, très amélioré. L'abcès n'est pas encore tari.

OBSERVATION XIV

Bronchopneumonie. — Injections positives. — Mort.

C. C., 1 mois et demi, entre à Sainte-Jeanne, le 27 janvier 1913, pour une bronchopneumonie. L'enfant est prématuré.

A l'entrée : dyspnée à type inverse, irrégulière sans grosse polypnée, cyanose unguéale, battements des ailes du nez. Foyer étendu des râles sous-crépitaux fins avec souffle à la partie moyenne du poumon gauche, à droite quelques râles diffus. T. 41°. On donne à l'enfant de l'oxygène et on injecte 0 cm.c. 2 d'essence de térébenthine dans le flanc gauche.

La température tombe en lysis les jours suivants. Du côté de la piqûre, il y a de la rougeur avec de l'empâtement très marqué.

Le 1^{er} février, la température remonte à 38°. Souffle bilatéral prédominant à droite. Fluctuation de l'abcès.

On injecte 0 cm.c. 3 d'essence au flanc droit.

Le 2, la température descend à 37° et remonte, le 3, à 40°.

L'enfant meurt le 4, après avoir présenté de la rougeur et de la fluctuation au niveau de la deuxième piqûre.

A l'autopsie : lésions d'hépatisation des deux côtés, affectant, à gauche, le type macroscopique de la pneumonie lobaire aiguë. L'abcès du côté gauche contient du caséum verdâtre et semble en voie de cicatrisation. L'abcès du côté droit contient du pus séreux, pas franchement verdâtre au milieu du tissu conjonctif, en voie de désintégration.

OBSERVATION XV

Bronchopneumonie. — Injection positive. — Guérison.

P. L., 18 mois, entre à Sainte-Jeanne, le 1^{er} février 1913, pour une bronchopneumonie.

A l'entrée : respiration à type inverse. Tirage, battements des ailes du nez, râles gargouillants et râles fins bilatéraux sur toute la hauteur des deux poumons. T. 40°.

Injection de 0 cm.c. 5 d'essence au flanc gauche.

Le 4, empâtement de la dimension d'une pièce de cinq francs au niveau de la piqûre, avec rougeur de la peau.

La température descend en lysis les jours suivants, atteint 37°5 le 11 et s'y maintient. Au niveau de la piqûre, vaste poche fluctuante de la dimension d'une paume de main.

Les signes physiques n'ont pas varié.

Le 13, incision de l'abcès. T. 37°5. Apparition d'une otorrhée bilatérale qui persiste jusqu'au 10 avril.

L'enfant sort guérie le 14.

OBSERVATION XVI

Bronchopneumonie. — Injection positive. — Guérison.

P. A., 5 mois, entre à Sainte-Jeanne, le 5 février 1913, pour une bronchopneumonie ayant débuté le 22 janvier.

A l'entrée : cyanose, battements des ailes du nez, tirage, polypnée. Râles fins bilatéraux. T. 39°3.

On donne de l'oxygène et on fait 0 cm.c. 5 d'essence de térébenthine au flanc gauche.

Le 8, la température est tombée à 37°5. Au niveau de la piqûre, il y a de la rougeur et de l'induration. L'oppression a un peu diminué, ainsi que le tirage. A droite, râles sous-crépitaux à timbre métallique, abondants, dans les deux tiers inférieurs du poumon droit, sans modification de la sonorité. Rien à gauche.

Le 13, la température est normale. Au niveau de la piqûre, apparition d'une poche fluctuante qu'on incise et d'où s'écoule un verre à liqueur de pus jaunâtre.

L'état général est meilleur ; il y a persistance d'un petit foyer de râles fins à la base gauche, en arrière, sur la hauteur de deux travers de doigt. Pas de signes fonctionnels.

L'enfant sort guérie le 20.

OBSERVATION XVII

Bronchopneumonie. — Injections positives. — Mort.

L. H., 4 ans, entre aux diphtéries, le 5 février 1913, pour de la dyspnée laryngée. Culture négative. Tubage et trachéotomie le sixième jour.

Le 19, l'état général est grave : facies pâle, cyanose des lèvres et des extrémités unguéales, œdème blanchâtre des

main, très douloureux, dyspnée vive. L'enfant tousse fréquemment et rejette du pus par sa canule. A gauche et en arrière, souffle de moyenne intensité ; à droite, râles sous-crépitaux sur toute la hauteur. T. 39°5. On injecte 1 cm.c. d'essence de térébenthine à la cuisse gauche.

Le 20, T. 38°2. Mêmes signes pulmonaires ; légère amélioration de l'état général. Au point d'injection : rougeur très vive et induration superficielle.

Le 22, T. 39°4. Mêmes signes pulmonaires. La douleur et la tuméfaction des poignets ont disparu. Injection d'1 cm.c. d'essence à la cuisse droite.

Le 24, T. 39. Au niveau de la 2^e piqûre, rougeur et induration.

Le 26, T. 39°. L'état général est mauvais. Cyanose, dyspnée, battement des ailes du nez, râles sous-crépitaux des deux côtés, à prédominance à la partie inférieure gauche.

Le 27, l'empâtement a diminué au niveau des deux piqûres. On injecte 1 cm.c. d'essence au flanc droit. La température ne varie pas, l'état du malade empire et ce dernier meurt le 1^{er} mars.

A l'autopsie : ulcérations laryngées, lésions bilatérales de bronchopneumonie.

OBSERVATION XVIII

Bronchopneumonie. — Injection positive. — Guérison.

F. E., 2 ans et demi, entre à Sainte-Jeanne, le 12 février 1913, pour une bronchopneumonie ayant débuté le 7 février.

A l'entrée : cyanose, polypnée très marquée sans type inverse, tirage sus-sternal. Râles fins inspiratoires et expiratoires très nombreux des deux côtés. T. 39°5.

On fait une injection d'1 cm. c. d'essence de térébenthine au flanc gauche. Chute brusque de la température en deux jours et apyrexie complète les jours suivants.

Au lieu de la piqûre, rougeur et induration le 14 février.

La fluctuation apparaît le 18 et le 22 on incise l'abcès.

Les signes pulmonaires ont disparu et l'enfant sort guéri le 25 février.

OBSERVATION XIX

Bronchopneumonie. — Injection positive. — Guérison.

M. H., 2 mois et demi, entre à Sainte-Jeanne, le 14 février 1913, pour une bronchopneumonie ayant débuté le 10.

A l'entrée : enfant pâle avec dyspnée intense, respiration du type inverse, tirage sus-sternal, cyanose et battements des ailes du nez.

A gauche, souffle à la moitié inférieure avec nombreux râles sous-crépitants. A droite, râles humides. T. 39°.

On fait une injection de 0 cm. c. 2 d'essence au flanc gauche.

Le surlendemain, la température descend à 38°, en même temps qu'il y a de la rougeur et de l'empâtement au niveau de la piqûre.

Le 21, les signes pulmonaires ont diminué. T. 37°5. Au flanc gauche, la rougeur s'est encore accentuée et il y a saillie acuminée de l'abcès.

Le 25, incision de l'abcès. Les signes pulmonaires ont disparu et l'enfant sort guérie le 29.

OBSERVATION XX

Bronchopneumonie. — Injection positive. — Mort.

P. M., 19 mois, entre à Sainte-Jeanne, le 14 mai 1913, pour une bronchopneumonie.

Celle-ci évolue lentement ; le tracé thermique se maintient entre 39°5 et 40°.

Le 2 août, l'état de l'enfant est très médiocre : dyspnée intense, tirage, battements des ailes du nez, cyanose unguéale. Dans les deux poumons, râles humides, les uns gargouillants, les autres à bulles très fines, abondant surtout à gauche dans presque toute la hauteur ; à droite, ils sont limités au tiers inférieur.

On fait une injection d'1 cm.c. d'huile térébenthine à la cuisse droite. T. 40°2.

Les jours suivants, la température descend à 38°. Il y a de l'induration et de la rougeur au niveau du point d'injection, mais l'état du malade ne s'améliore pas.

Le 12, la température remonte à 40°. Du côté du lieu de l'injection, la rougeur s'étend et la fluctuation apparaît le 6 septembre. La température retombe à 38° les jours suivants.

Le 11 septembre, on incise l'abcès et il s'en écoule un demi-verre à bords de pus crémeux, jaunâtre et bien lié.

Mais les signes physiques persistent et l'enfant meurt le 29 novembre.

A l'autopsie : bronchopneumonie infectieuse avec splénisation du parenchyme des deux côtés et de multiples ectasies bronchiques.

OBSERVATION XXI

*Diphthérie. — Bronchopneumonie. — Injections positives.
Mort.*

M. M., 10 mois, entre aux diphthéries, le 3 novembre 1912, avec des signes de bronchopneumonie. La température était à 38° à l'entrée, s'élève à 39°6 le 14 novembre. Le 19, souffle tubaire aigu dans la demi-inférieure du poumon gauche. T. 40°.

Le 21, on injecte 1 cm.c. d'huile térébenthinée au flanc gauche. Le 22, pas de changement des signes pulmonaires. Rougeur et induration au lieu d'injection.

Le 23, chute thermique brusque à 37°5, qui dure plusieurs jours, sans que les signes physiques se modifient. Peu à peu, l'induration disparaît au point d'injection. Le 29, réascension thermique à 39°3, mêmes signes physiques et apparition d'un pempfigus aigu.

Le 2 décembre, injection d'1 cm.c. d'huile térébenthinée au flanc droit.

Le lendemain, il y a induration de la peau au niveau de la piqûre, avec rougeur de la peau.

L'état général est médiocre et l'enfant meurt le 5, sans phénomènes spéciaux.

A l'autopsie : pancratisation des deux lobes inférieurs des deux poumons. Rien aux autres organes.

OBSERVATION XXII

*Diphthérie. — Bronchopneumonie. — Injections positives.
Mort.*

M. R., 2 ans et demi, entre le 12 novembre 1912, pour croup avec bronchopneumonie. T. 39°5. Souffle tubaire des deux côtés avec prédominance à gauche. Le 20, T. 39°. On injecte un centimètre cube d'huile térébenthinée dans le flanc gauche. La température reste à 40°, les jours suivants, malgré une légère induration et une rougeur violacée de la peau.

Le 27, on injecte 1 cm.c. d'huile térébenthinée dans le flanc droit, mais les signes physiques persistent et l'état général reste mauvais. Il y a une rougeur et une induration légère du côté de la deuxième piqûre.

Le 2 décembre, on injecte 1 c.m. c. d'huile térébenthinée à la cuisse droite.

Le 3, la peau rougit et s'indure légèrement. L'enfant meurt huit jours après la dernière injection.

A l'autopsie : hépatisation des deux poumons.

OBSERVATION XXIII

*Diphthérie. — Bronchopneumonie. — Injection positive.
Guérison.*

P. J., 3 ans, entre aux diphthéries, le 23 novembre 1912, avec une bronchopneumonie qui s'aggrave vite. Le 26, T. 39°8, avec dyspnée intense ; râles bilatéraux prédominant à la base droite et souffle du même côté. On fait une injection d'1 cm.c. d'huile thérébentinée à la face externe de la cuisse gauche.

Le 27, peu de changement dans le tracé thermique. La nuit a été mauvaise ; l'enfant a eu une dyspnée presque continuelle avec de la cyanose et des accès violents de suffocation. A 9 heures du matin, polypnée avec battements des ailes du nez et cyanose légère. Aux poumons, submatité de la base et de la partie moyenne du poumon droit, en arrière, respiration soufflante à la partie moyenne, sans râles. A gauche, râles de moyen calibre à l'extrême base, sans diminution du murmure. T. 40°2. Au niveau de l'injection térébenthinée, légère induration avec rougeur de la peau.

Le 30, T. 37°5. Les signes fonctionnels ont cédé, mais les signes physiques persistent.

Le 2 décembre, deux ponctions exploratrices à la base droite sont négatives.

Au niveau de l'injection, l'empâtement a augmenté et une légère fluctuation se fait sentir. T. 39°.

Le 7, les râles ont diminué. La température descend à 37°8 et s'y maintient les jours suivants.

Le 13, les signes locaux au niveau de la piqûre sont moins perceptibles.

L'enfant sort guérie le 22 décembre.

OBSERVATION XXIV

*Diphthérie. — Bronchopneumonie. — Injections positives.
Mort.*

M. V., 2 ans et demi, entre le 1^{er} janvier 1913, pour croup compliqué de bronchopneumonie.

Le 3 janvier, T. 40°6. Dyspnée, battements des ailes du nez, asthénie, cyanose. Râles de bronchite disséminés dans les deux poumons. On injecte 1 cm.c. d'essence de térébenthine à la face externe de la cuisse gauche.

Le 4, diminution progressive de la température. Les signes fonctionnels sont moins prononcés. Il y a de la rougeur et de l'induration au niveau de la piqûre.

Le 5, T. 39°4. On injecte 1 cm.c. d'essence de térébenthine à la face externe de la cuisse droite.

Le 6, il y a de la rougeur et de l'induration au niveau de la seconde piqûre ; la température remonte à 40°6. L'enfant est pâle et son état général est mauvais.

Le 8, T. 40°6. Il y a formation d'un abcès du côté de la cuisse gauche, avec deux pertes de substance intéressant le derme et le tissu cellulaire sous-cutané. Du côté de la cuisse droite, il y a une rougeur violacée et une induration très prononcée de la dimension d'une pièce de cinq francs.

L'état général ne s'améliore pas. Le teint est blafard, les lèvres sont cyanosées et présentent de nombreuses ulcérations. Il y a du tirage et du battement des ailes du nez. On perçoit un souffle dans les deux moitiés inférieures des poumons, avec prédominance du côté droit.

Le 9, mort dans l'hyperthermie à 41°.

A l'autopsie : ulcérations laryngées, lésions bilatérales de bronchopneumonie.

OBSERVATION XXV

Diphtérie. — Bronchopneumonie. — Injections positives.

Mort.

G. P., 4 ans, entre aux diphtéries, le 13 janvier 1913, pour angine et croup, qui nécessitent des tubages répétés. La petite malade garde des tubes pendant vingt-deux jours. Au cours d'un des tubages, il y a développement d'emphysème sous-cutané.

La température se maintenait, depuis l'entrée, aux environs de 38°, quand le 25 apparaissent des signes de bronchopneumonie. L'état général s'aggrave et la température s'élève à 40°. On injecte 1 cm.c. d'essence de térébenthine à la face externe de la cuisse gauche. La température baisse à 39° le lendemain, puis remonte à 40 le surlendemain.

Le 29, gros empâtement et rougeur intense au niveau de la piqûre. L'état général est grave, le teint plombé. Il y a de l'oppression, du tirage. Le malade a l'apparence d'une infectée.

A droite, au sommet, souffle tubaire aigu et à la partie moyenne, signes cavitaires.

Le 30, éruption morbilliforme du type érythème infectieux. On fait 0 cm.c. 5 d'essence de térébenthine au flanc gauche.

Le 31, rougeur avec empâtement au niveau de la piqûre. Pas de modification de la température, mais le 1^{er} février, il y a ouverture intralaryngée d'un abcès préalaryngé, au cours d'un tubage et rejet de pus fétide par la bouche. T. 40°1.

Le 2, la température tombe à 37°5. Le 7, trachéotomie. L'état général est de plus en plus grave. L'enfant est pâle, présente de la dyspnée à type inverse. Souffle à la base droite avec râles sous-crépitaux à la base gauche.

Le 12, T. 40°4. On injecte 1 cm.c. d'essence à la partie inférieure de la face externe de la cuisse gauche. Mort le 14 février.

A l'autopsie : ulcérations laryngées et bronchopneumonie bilatérale.

OBSERVATION XXVI

Diphthérie. — Bronchopneumonie. — Injection positive.

Mort.

B. E., 7 ans, entre le 16 janvier 1913, pour une diphthérie maligne avec grosse albuminurie. T. 40°. On injecte un centimètre cube d'essence au flanc gauche.

Le 18, état général grave, teint terreux plombé, vive polypnée, tirage, pouls paradoxal très net, si l'on fait respirer l'enfant profondément. Grosse induration et rougeur au niveau de la piqûre.

Le 19, T. 39°2. Cyanose, dyspnée avec tirage et cornage, malgré le tube. Morte le 19 janvier.

A l'autopsie : ulcérations laryngées, bronchopneumonie bilatérale. La coupe des poumons a un aspect pancréatisé. Pus crémeux, s'échappant de tous les orifices bronchiques ; le tissu pulmonaire ne crépite pas et plonge. L'incision de l'abcès térébenthiné montre successivement un petit hématome central de l'étendue d'une pièce de cinq francs, de deux millimètres environ d'épaisseur, et formé de sang rouge fluide. Au-dessous, un tissu lardacé d'une épaisseur d'un centimètre environ, avec un

aspect aréolaire, une sorte de quadrillage formé par des zones alternantes de tissu graisseux et de pus. Les altérations s'arrêtent au niveau de l'aponévrose.

OBSERVATION XXVII (résumée).

Diphthérie. — Bronchopneumonie. — Injection positive.

Guérison.

T. M., 20 mois, entre aux diphthéries, le 18 janvier 1913, pour angine et croup.

Le 20, souffle avec quelques râles crépitants à la base droite.

On injecte 0 cm.c. 5 d'essence de térébenthine dans le flanc gauche. T. 40°.

Le 21, chute de la température à 38°. Large empâtement et rougeur au point d'injection.

Le 22, l'empâtement et la rougeur se sont étendus.

Le 24, teinte violacée de la peau avec phlyctène. Fluctuation.

Le 25, ouverture de l'abcès. L'enfant sort guérie le 1^{er} mars 1913.

OBSERVATION XXVIII

Diphthérie. — Bronchopneumonie. — Injection positive.

Guérison.

P. A., 4 ans, entre, le 21 janvier 1913, pour croup. Pâleur de la face avec aspect terreux, cyanose péribuccale et nasale. Les ongles ont une coloration lilas. Facies angoissé. T. 39°5.

Aux deux bases et en arrière, râles sous-crépitaux fins avec léger souffle.

On injecte un centimètre cube d'essence à la face externe de la cuisse gauche.

Le 24, empâtement et rougeur au niveau de la piqûre. La température descend en lysis à 38°.

Le 27, légère fluctuation de l'abcès.

Le 29, ouverture de l'abcès, donnant issue à un demi-verre à vin ordinaire de pus crémeux, mal lié, d'odeur fade. La température est à 38° et s'y maintient jusqu'au 20 février, date à laquelle l'enfant sort guérie.

OBSERVATION XXIX

*Diphthérie. — Bronchopneumonie. — Injection positive.
Guérison.*

A. L., 2 ans et demi, entre aux diphthéries, le 29 janvier 1913, avec des signes d'angine érythémateuse, toux croupale, voix conservée, léger tirage. La culture est négative. T. 37°8.

Le 2 février, T. 39°2. On tube l'enfant. Apparition de membranes diphthériques sur une amygdale. Culture positive, le 3.

Le 3 février, polypnée, cyanose, teint plombé et terreux, râles sous-crépitaux au sommet gauche.

On injecte 1 c.m.c. d'essence de térébenthine à la face externe de la cuisse gauche.

Le 4 février, induration et rougeur légère au niveau de la piqûre. La température descend brusquement à 38°3 et se maintient la semaine suivante aux environs de 38°.

Le 13, ascension thermique à 39°4, en même temps qu'apparaît de la fluctuation au niveau de l'abcès.

Le 15, ouverture spontanée. L'enfant sort guéri le 1^{er} mars 1913.

OBSERVATION XXX (résumée)

*Diphthérie. — Bronchopneumonie. — Injection positive.
Guérison.*

C. R., 3 ans, entre aux diphthéries, le 4 février 1913. Croup. Tubage.

Le 6, pâleur, pommettes plaquées de rouge, asthénie, tirage sus et sous-sternal assez intense, malgré le tube, légers battements des ailes du nez. T. 39°8. Pas de foyer de râles.

On injecte 1 cm.c. d'essence dans le flanc gauche.

Chute rapide de la température à la normale.

Le 8, rougeur et induration. Le 9, fluctuation. Le 10, ouverture de l'abcès. L'enfant sort guéri le 31 mars 1913.

OBSERVATION XXXI

*Croup. — Bronchopneumonie. — Injection positive.
Mort.*

H. R., 1 an et demi, entre, le 7 février 1913, dans le service des diphthéries pour croup rapidement compliqué de bronchopneumonie. T. 39°.

Le 15, mauvais état général, teint terreux, ongles cyanosés, nez pincé, tirage sus-sternal. Pouls paradoxal. T. 40°.

A droite, en arrière et en bas, foyer de râles sous-crépitaux. A la limite supérieure, respiration soufflante.

On injecte 1 cm.c. d'essence à la face externe de la cuisse gauche.

Le 17, la température n'a pas baissé ; l'état général est grave. Il y a de l'empâtement et de la fluctuation au niveau de la piqûre. La cyanose est très marquée, polypnée accentuée, tirage sus-sternal, battements des ailes du nez. Râles crépitaux sur toute la moitié inférieure des deux poumons. Souffle persistant. Mort le 18 février.

A l'autopsie : bronchopneumonie bilatérale ; altérations très envahissantes, n'ayant laissé intacts que les deux lobes supérieurs et affectant le type de l'hépatisation lobaire grise avec tendance à la pancréatisation. Quand on presse le parenchyme, il s'en écoule une grande quantité de pus crémeux, jaunâtre. Myocarde légèrement friable. Rien aux autres organes.

OBSERVATION XXXII (résumée)

Diphthérie. — Bronchopneumonie. — Injection positive.

Mort.

C. C., 5 ans, entre aux diphthéries, le 11 février 1913, avec une bronchopneumonie certaine. Le 12, T. 38°8. L'état général est très grave. Le teint est terreux, le facies angoissé. Les ongles et les lèvres ont une coloration lilas ; dyspnée intense avec battements des ailes du nez. Râles disséminés sur toute la hauteur du poumon gauche.

On injecte 1 cm.c. d'essence à la face externe de la cuisse gauche.

Le 13, T. 39°6. Au point d'injection, la peau est rouge avec un empâtement profond. Le 14, l'enfant meurt. Pas d'autopsie.

OBSERVATION XXXIII

Croup. — Bronchopneumonie. — Injection positive. — Mort.

D. L., 11 mois, entre, le 13 février 1913, pour croup avec bronchopneumonie.

Le 15, l'état général est mauvais : lèvres et ongles cyanosés, polypnée marquée, battements des ailes du nez. Râles sous-

crépitants sur toute la hauteur du poumon gauche avec un souffle net à la base. T. 39°5. On injecte 0 cm.c. 5 d'essence au flanc gauche. Pas d'influence sur la température.

Le 17, l'état général est aussi grave. La cyanose a augmenté. Mêmes signes physiques aux poumons. Au niveau du point d'injection, rougeur et induration très marquées. T. 40°.

Le 19, le pouls faiblit, le souffle persiste à la base gauche, entouré d'une zone de râles sous-crépitants de moyen calibre.

Ulcération au niveau de la piqûre, sans toutefois issue de pus à l'extérieur. T. 40°6. Mort le 20.

A l'autopsie : ulcérations laryngées, bronchopneumonie bilatérale à prédominance du côté gauche.

OBSERVATION XXXIV

Croup. — Bronchopneumonie. — Injections positives. — Mort.

S. M., 8 ans et demi, entre, le 18 février 1913, pour angine et croup.

A l'entrée, mauvais état général. A gauche et en arrière, respiration soufflante avec râles sous-crépitants. T. 39°.

On injecte un centimètre cube d'essence au flanc gauche.

Le 21, rougeur légère et induration superficielle au niveau de la piqûre. La température tend vers la normale avec des oscillations en clocher de cathédrale.

Le 28, l'empâtement est moins net.

Le 1^{er} mars, souffle tubaire bilatéral. Râles sous-crépitants disséminés. Très mauvais état général. Dyspnée, cyanose. On injecte un centimètre cube d'essence au flanc droit.

Le 2, rougeur et tuméfaction légère au côté droit. La température descend en lysis.

Le 8, rougeur intense et fluctuation du côté droit. L'état s'améliore, les signes pulmonaires restent identiques. La température est à 37°5 et s'y maintiendra jusqu'au 17 mars, date à laquelle on incise l'abcès.

L'état général, à cette date, est moins bon. La cyanose et la dyspnée sont intenses, battements des ailes du nez. Obscurité des deux bases, avec matité. Ponction exploratrice négative. L'enfant meurt le même soir.

A l'autopsie : lésions très accusées de bronchopneumonie aux deux bases, avec prédominance à gauche, car tout le lobe inférieur a été atteint. Viscères infectieux.

OBSERVATION XXXV

Myocardite. — Injections positives. — Mort.

R. M., 5 ans, entre, le 11 janvier 1913, pour une diphtérie pharyngée à forme extensive, avec adénopathie modérée.

Le 12 janvier, mauvais état général ; facies pâle. T. 40°. Pas de signes de bronchopneumonie.

On injecte 1 cm.c. d'essence au flanc gauche. Le lendemain, rougeur et induration très large au niveau de la piqûre.

Le 14, la température baisse à 38°5 et apparaissent des accidents cardiaques : bruit de galop typique, pas d'arythmie, pas de pâleur ni de refroidissement des extrémités. Le poulx bat à 120. Le bruit de galop est intermittent.

On injecte 1 mmg. de strychnine et cm.c. d'huile camphrée.

Le 16, le galop est toujours très net. Pas d'arythmie, le poulx bat à 105.

Au niveau de la piqûre térébenthinée, il y a de l'induration sur une surface analogue à celle recouverte par une pièce de cinq francs, avec coloration rouge de la peau.

Le 17, on injecte 1 cm.c. d'essence au flanc droit. T. 37°8. L'enfant est prostré, facies pâle, lèvres cyanosées, yeux excavés. Le galop est un peu moins net. Le premier bruit est très sourd et le second très éclatant. P. = 112.

Le 18, l'état semble s'améliorer légèrement. T. 38°2. Galop intermittent. Vomissements répétés.

Le 19, au niveau de la piqûre droite, il y a production d'un empâtement de rougeur assez caractérisée, mais non franchement érythémateuse, tirant plutôt sur le violet. Le lieu même d'introduction de l'aiguille présente une rougeur violacée beaucoup plus nette avec un état sphacélique ou phlycténulaire de la peau. T. 37°8. Le facies du malade est de plus en plus livide. Il y a du galop d'une façon intermittente.

Pas d'arythmie, pas de battements des jugulaires : Le poulx est perçu difficilement et bat à 100. Pas de Cheyne-Stokes.

L'enfant est dans un état de malaise presque continu et se plaint d'étouffer.

Mort le 19, à 20 heures, dans une syncope, brusquement en quelques secondes.

A l'autopsie : lésions de myocardite, vérifiées microscopiquement.

A l'incision des deux points d'injection d'essence, il y a issue de pus des deux côtés (la quantité n'a pas été notée).

OBSERVATION XXXVI

Scarlatine. — Injections positives. — Mort

C. M., 3 ans et demi, entre aux Scarlatines, le 5 janvier 1913.

A l'entrée : Eruption peu accentuée, angine ulcéreuse ; température oscillant d'une façon irrégulière entre 39° et 40°.

Le 13, état général médiocre, cyanose, dyspnée, râles sous-crépitants à gauche. Le 15, injection de 1 cm.c. à la face externe, de la cuisse gauche. La température descend lentement à 39°.

Le 20, induration, sans rougeur très marquée, au point d'injection. On injecte 1 cm.c. d'essence à la face externe de la cuisse droite. Dès le lendemain, rougeur violacée de la peau à ce niveau, avec empâtement très prononcé. La température redescend à 37°4, le 24 janvier.

Le 25, on ouvre l'abcès gauche ; il s'en écoule quelques gouttes de pus mal lié.

Le 26, formation d'un vaste décollement au niveau de la piqûre du côté droit. En même temps, la température prenait un tracé de clocher de cathédrale, variant de 37°5 à 39° tous les jours. Cet abaissement relatif de la température coïncidait avec une suppuration de l'oreille droite qui se termina le 3 février.

Le 1^{er} février, énorme ulcération très creusée en profondeur, avec un énorme amas de tissu sphacélé. Mort le 18 mars.

OBSERVATION XXXVII

Scarlatine. — Injection positive. — Mort

M. M., 12 ans, entre à Sainte-Jeanne, le 5 janvier, avec une température à 39°5, des envies continuelles de vomir et un violent mal de tête. L'enfant arrive aux Scarlatines, le 8 janvier, dans un état très précaire : cyanose très prononcée, angoisse extrême, pouls filiforme incomptable.

Il y a du jetage nasal et des narines s'écoule fréquemment un liquide fluide jaunâtre. Diarrhée profuse.

T. 39°8. On injecte 1 cm.c. d'essence de térébenthine au flanc gauche. La température tombe le lendemain à 39°2. La culture du pharynx révèle de nombreux streptocoques.

Le 9, induration et rougeur au niveau de la piqûre ; mais l'enfant meurt dans l'hyperthermie le soir même.

Il semble qu'on ait eu affaire à une scarlatine à forme d'émblée grave avec rhinite purulente à streptocoques, vomissements très prolongés et diarrhée profuse, sans ballonnement du ventre, et où la mort est survenue le sixième jour, avec le tableau clinique d'une grande intoxication cholérique, avec hyperthermie.

A l'autopsie : Reins macroscopiquement malades, grosse rate, foie grassex.

OBSERVATION XXXVIII

Rougeole. — Bronchopneumonie. — Injection positive. — Mort

R. M., 12 mois, entre à Sainte-Jeanne, le 24 décembre 1912.

Le 26 février, se déclare la rougeole avec bronchopneumonie consécutive et très mauvais état général. Langue desquamée, presque framboisée, dyspnée, battements des ailes du nez, type inverse de la respiration, râles sous-crépitaux à la base droite.

Du 26 février au 4 mars, la température se maintient aux environs de 40°.

Le 4 mars, on injecte 0 cm.c. 2 d'essence de térébenthine au côté droit. La température tombe le lendemain à 38°8, pour remonter le surlendemain à 39°6.

Le 7 mars, rougeur et induration au niveau de l'injection. La température tombe lentement à la normale.

Le 17, les signes physiques persistent, sans aucun changement. L'état général est très grave, maigreur squelettique, cyanose, râles fins bilatéraux, inspiratoires et expiratoires.

Au lieu d'injection, coloration livide de la peau, avec empatement diffus donnant l'impression d'un lipome.

Le 27 mars, l'enfant meurt.

A l'autopsie : Inflammation rénale. Hépatisation grise bilatérale aux poumons.

OBSERVATION XXXIX (résumée)

*Rougeole. — Bronchopneumonie. — Injection positive
Guérison*

T. L., 9 mois, entre dans le service des rougeoles, le 3 janvier 1913.

Dès l'entrée : Dypnée vive, respiration à type inverse, toux moniliforme, battements des ailes du nez. T. 39°. Râles fins sous-crépitaux bilatéraux.

On injecte, le 5, 0 cm.c. 5 d'essence de térébenthine dans le flanc gauche. La température reste stationnaire pendant 9 jours, avec de grandes oscillations, malgré la formation rapide d'un abcès ouvert le sixième jour. Amélioration progressive ; guérison de la bronchopneumonie.

OBSERVATION XL (résumée)

Rougeole. — Bronchopneumonie. — Injection positive. — Mort

P. P., 4 ans, entre le 10 janvier 1913, pour une rougeole.

Bronchopneumonie à l'entrée. Dypnée très vive, respiration à type inverse. T. 40°3. Pas de cyanose. Souffle tubaire expiratoire du côté droit. Ailleurs, signes de bronchite généralisée.

Le 14, on injecte 1 cm.c. d'essence au flanc droit. T. 40°1.

Le 16, T. 40°. Au niveau du point d'injection il y a une rougeur diffuse et de l'empâtement. La température persiste et l'enfant meurt le 17. Pas d'autopsie.

OBSERVATION XLI (résumée)

*Rougeole. — Bronchopneumonie. — Injection positive
Guérison*

F. S., 3 ans, entre aux rougeoles, le 16 janvier 1913.

Six jours après l'entrée, bronchopneumonie : dyspnée, respiration à type inverse, cyanose, battements des ailes du nez. Souffle à la base droite, râles crépitaux bilatéraux. La température varie entre 39° et 40°.

On injecte, le 28, 1 cm.c. d'essence de térébenthine dans le flanc gauche.

Le 30, la température a baissé à 37°8, mais les signes fonctionnels et physiques n'ont pas varié. Rougeur et induration au niveau du lieu d'injection.

Le 2 février, la température remonte à 38°6 ; il y a fluctuation au niveau de la piqûre et formation d'un abcès.

Le 5, incision de l'abcès. L'enfant part guérie le 16 février.

OBSERVATION XLII (résumée)

Rougeole. — Bronchopneumonie. — Injection positive
Guérison

F. H., 4 ans, entre aux rougeoles, le 23 janvier.

Bronchopneumonie à l'entrée : dyspnée, légère cyanose. Battements des ailes du nez, tirage. Râles sous-crépitaux bilatéraux. Température oscillant entre 38° et 39°.

Le 24, injection de 1 cm.c. d'essence au flanc gauche.

Les jours suivants, la température descend lentement, en même temps que se développe un volumineux abcès qui est incisé le 2 février. Guérison.

OBSERVATION XLIII

Rougeole. — Bronchopneumonie. — Injection positive. — Mort

F. J., 2 ans, entre le 4 février 1913.

Le 27 janvier 1913, éruption de rougeole. Le quatrième jour après l'éruption, l'enfant a pris des accès de suffocation qui ont conduit à le tuber presque d'urgence. Deux cultures ayant été négatives, on admet l'hypothèse de laryngite ulcéreuse. L'état général est grave. T. 39°5.

On injecte, le 11 février, 1 cm.c. d'essence de térébenthine dans le flanc gauche. Dès le lendemain, T. 37°8.

Pourtant il y a un souffle tubaire intense très étendu avec quelques râles fins dans les deux poumons.

Le 16 février, au niveau du lieu de la piqûre, la peau est tendue et violacée. Il y a ouverture spontanée et écoulement de 30 grammes de pus bien lié. T. 37°7.

Le 20 février, l'état s'aggrave, le teint est plombé. L'enfant est très abattu. Tirage sternal et abdominal très marqué. Toux fréquente, légère cyanose des extrémités.

Le 23, T. 40°2. L'enfant donne l'impression d'un grand infecté, crache jaune, épais, peu aéré. Toux et oppression avec tirage. Le 7 mars, l'enfant meurt au milieu de convulsions.

A l'autopsie : Ulcérations laryngées. Lésions bilatérales de bronchopneumonie.

OBSERVATION XLIV

Rougeole. — Bronchopneumonie. — Injection positive. — Mort

F. A., 3 ans et demi, entre dans le service des diphtéries, le 19 février 1913, pour sténose laryngée aiguë. Culture négative. Rejet continu du tube. Trachéotomie très mouvementée le neuvième jour.

L'enfant va bien dans la suite. Survient une épidémie de rougeole dans le service.

L'enfant contracte la rougeole le 15 mars et la bronchopneumonie apparaît quelques jours après : dyspnée, cyanose, battements des ailes du nez, expectoration purulente. Râles fins à la partie moyenne des deux poumons. T. 40°.

Le 20 mars, on injecte un centimètre cube d'essence de térébenthine au flanc gauche. La température tombe le lendemain à 38°5 mais s'élève de nouveau les jours suivants. L'état général est mauvais, dyspnée et cyanose intenses, râles sous-crépitants fins dans la partie moyenne des deux poumons.

Le 24, au lieu d'injection, se manifeste une vive rougeur avec de l'empâtement étendu. L'enfant meurt le même jour.

A l'autopsie : Ulcérations laryngées. Au poumon gauche, il y a de l'hépatisation grise, surtout à la partie inférieure. Au poumon droit, les lésions sont moins avancées mais très diffuses.

OBSERVATION XLV

*Coqueluche. — Bronchopneumonie. — Injection positive
Guérison*

P. A., 5 mois, entre à Sainte-Jeanne, le 12 mars 1913, pour de la coqueluche, avec bronchopneumonie classique. T. 39°.

Le 15, on injecte 0 cm.c. 5 d'essence de térébenthine au flanc droit. La température descend en lysis les jours suivants, atteint la normale le 19 et s'y maintient par la suite.

Le 19, l'abcès est formé. Il est de coloration rouge violacée, s'étend sur une surface égale à celle d'une petite paume de

main et fluctue. On l'ouvre le 20 et il s'en écoule un demi-verre à bordeaux de pus bien lié. Malgré cela, les signes physiques persistent : souffle tubaire inspiratoire s'étendant sur la ligne axillaire postérieure gauche, avec, aux deux bases des râles fins, un peu liquidien, très abondants.

L'enfant sort guérie, le 3 avril.

OBSERVATION XLVI

Tuberculose cavitaire. — Injection positive. — Mort

D. M., 8 ans, entre à Sainte-Jeanne, le 21 janvier 1913.

Antécédents héréditaires de tuberculose ; tousses depuis plusieurs années.

A l'entrée : Signes cavitaires des deux sommets avec conservation relative de l'état général.

Ostéoarthropathie des doigts, très prononcée. Bacille de Koch dans les crachats. T. 38°5.

Le 4 mars, injection d'un centimètre cube d'essence de térébenthine dans le flanc gauche. Le 5, T. 39°. Il y a de la rougeur et de l'induration au niveau de la piqure.

Le 6, T. 39°5. L'état général décline.

Du 6 au 13, la température se maintient aux environs de 39° en même temps que la fluctuation apparaît au niveau du lieu de l'injection.

Le 15, ouverture de l'abcès. Il s'écoule un verre à bordeaux de pus abondant, bien lié.

Les jours suivants, la température ne change pas et se maintient aux environs de 38°5. Morte le 12 avril.

A l'autopsie : Lésions de tuberculose ulcéreuse des sommets, caséeuse et anthracosique des parties moyennes.

A la base du poumon gauche existe un tissu lardacé avec un élargissement des canaux bronchiques. Les autres organes présentent des lésions d'apparence dégénérative.

OBSERVATION XLVII

Granulie. — Injection positive. — Mort.

M. H., 2 ans et demi, entre à Sainte-Jeanne, le 21 janvier 1913, pour une bronchopneumonie à évolution rapide avec signes fonctionnels et en particulier de la cyanose, très accusés.

Abcès d'allure froide dans la région frontale. Le pus de cet abcès ne contient pas de bacilles de Koch. T. 39°5.

On fait une injection d'un centimètre cube d'essence de térébenthine, le 21.

L'état général reste tout aussi grave avec dyspnée extrême, battements des ailes du nez, tirage généralisé. Souffle aux deux sommets, polypnée intense, respiration courte et superficielle.

Le 22, au niveau de la piqûre, rougeur de la peau, avec légère induration. Les jours suivants, la rougeur et l'induration disparaissent progressivement.

Le 28, l'état général est désespéré. T. 40°. On fait une injection de 0 c.m. 5 d'essence, mais la malade meurt le même jour.

A l'autopsie : Lésions de granulie très nette, à la surface des deux poumons qui, à la coupe, montrent un semis de fines granulations de la grosseur d'une tête d'épingle, faisant disparaître presque complètement le parenchyme sain. Ganglions trachéobronchiques caséux. Quelques granulations aux reins.

Aux méninges, pas de granulations de la base, mais symphyse des deux lobes frontaux et pariétaux des deux côtés, et après décollement, on voit, sur les vaisseaux, des granulations très fines.

OBSERVATION XLVIII

Méningite tuberculeuse. — Injections positives. — Mort

B. M., 11 ans, entre à Sainte-Jeanne, le 4 février 1913, pour une méningite subaiguë, vraisemblablement d'origine tuberculeuse.

Depuis quelques jours, l'enfant a de la somnolence, de l'hébétéude, de la céphalée.

A l'entrée : L'enfant est couchée en chien de fusil, dans un état d'obnubilation très marqué, ne répondant pas aux questions qu'on lui pose. Un peu de raideur dans la nuque. Signe de Kernig très net, réflexe contra-latéral. Pas de trépidation épileptoïde du pied. Rien au cœur ni aux poumons.

Le 5, on injecte 1 cm.c. d'essence dans le flanc gauche.

Le 6, rougeur et empâtement au lieu d'injection. T. 39°.

Le 7, on injecte 1 cm.c. d'essence dans le flanc droit.

Le 8, la température descend à 38°5. Du côté gauche, la rougeur et l'empâtement ont diminué. A droite, il y a de l'induration.

Le 10, T. 39°. Etat général grave. Troubles vaso-moteurs très accentués, teinte violacée de la face, cyanose des extrémités. Dilatation pupillaire avec léger strabisme. L'enfant est presque dans le coma et il meurt le 10. Pas d'autopsie.

OBSERVATION XLIX

Tuberculose cavitaire. — Injection positive (autopsie). — Mort

V. L., 10 ans, entre à Sainte-Jeanne, le 11 février 1913. Enfant amaigri à pommettes rouges. Polypnée, cyanose. Exagération des vibrations aux deux sommets, surtout à droite. A gauche et en arrière, l'auscultation révèle un murmure vésiculaire très affaibli, surtout au sommet. Râles humides gargouillants au sommet. En avant, dans la région sous-claviculaire, on perçoit les mêmes signes. A droite et au sommet, souffle caveux avec gargouillements. Il y a du retentissement considérable de la voix. Ces signes sont encore plus nets dans la fosse sous-claviculaire droite.

Expectoration verdâtre nummulaire. T. 39°5.

Le 14, on injecte 0 cm.c. 5 d'essence dans le flanc gauche.

La température ne change pas et reste aux environs de 39°5.

Le 19, on injecte 0 cm.c. 5 d'essence dans le flanc droit.

Décès le même jour.

A l'autopsie : Nombreuses adhérences pleurales. Vaste cavité au sommet gauche. Dans la zone avoisinante, ramolissement de tout le parenchyme. Dans le tiers supérieur, il y a d'autres petites cavernes grosses comme des pois.

Au sommet droit, cavité un peu plus petite qu'à gauche.

Ganglions trachéobronchiques nombreux et volumineux, les uns caséeux, les autres contenant des tubercules. Pas de granulie viscérale.

A l'incision des régions où l'on a pratiqué les injections ; du côté gauche, il y a du pus bien lié, du côté droit il n'y a rien, l'injection n'ayant été faite que quelques heures avant la mort.

OBSERVATION L

Syndrome méningé. — Injection positive. — Mort

A. R., 3 ans et demi, entre à Sainte-Jeanne, le 11 mars 1913, avec un syndrome méningé caractérisé par peu de signes : vomissements, dermographisme très accentué et ayant été constaté dès l'entrée. Kernig léger. Ebauche de trépidation épileptoïde bilatérale.

A la ponction lombaire : hypertension manifeste et continue; le liquide sort en un vrai jet. On retire 20 centimètres cubes d'un liquide claire et limpide, en quelques instants. Lymphocytose. Rien à l'ensemencement.

Le 11, on injecte 1 cm.c. d'essence dans le flanc gauche. La température ne varie pas, reste à 39°.

Le 12, rougeur et empâtement au niveau de la piqure.

Le 13, on injecte 1 cm.c. d'essence dans le flanc droit. La température s'élève à 40°5 et l'enfant meurt le 14. Pas d'autopsie.

OBSERVATION LI

Tuberculose cavitaire. — Injection positive. — Mort

B. A., 6 ans et demi, entre à Sainte-Jeanne, le 1^{er} avril 1913. Antécédents héréditaires de tuberculose.

Amaigrissement considérable, thorax décharné, atrophie énorme des masses sus et sous-épineuses, dépression marquée des creux sous et sus-claviculaires. Saillie des omoplates. Ventre excavé. Aux deux sommets, respiration caverneuse avec rentissement métallique de la voix et de la toux.

Les deux tiers inférieurs des côtés respirent assez bien, à droite cependant il y a une légère submatité.

L'état général est mauvais. La température présente une courbe en clocher avec exacerbation vespérale à 39°.

Troubles circulatoires périphériques des extrémités digitales ; déformation hippocratique des extrémités digitales. Diarrhée abondante.

Les crachats révèlent la présence de bacilles de Koch.

Le 4 avril, on injecte un centimètre cube d'essence. La température garde son type en clocher.

Le 5, rougeur et induration. Le 6, couleur violacée de la peau au niveau de l'injection et légère fluctuation.

Le 10, ouverture de l'abcès. Il s'écoule un verre à bordeaux de pus clair.

La température ne varie pas. L'enfant maigrit sans cesse. Pesant 16 kilos à l'entrée, le 1^{er} avril, elle ne pèse plus que 10 kilos le 15 juin. L'état général s'affaiblit de plus en plus.

Le 20, injection de 1 cm.c. d'essence de térébenthine. T. 38°. Décès, le 21.

A l'autopsie : Nombreuses adhérences pleuropulmonaires obligeant à un décollement pariétal de la plèvre des deux côtés. Lésions de tuberculose ulcérocavitaire, principalement aux sommets et dans les deux tiers supérieurs. La base est parsemée de tubercules crus.

Rien au cœur ni au foie.

Rate très adhérente avec péricapnité.

Nombreuses ulcérations intestinales creusées et polycycliques s'étendant sur une longueur de 50 centimètres, au niveau de la partie initiale du gros intestin.

OBSERVATION LII

Granulie. — Injection négative extérieurement (positive à l'autopsie). — Mort

L. M., 3 ans, entre à Sainte-Jeanne, le 5 juin 1913, pour une méningite tuberculeuse à symptomatologie classique.

La ponction lombaire montre un liquide clair sans hypertension avec lymphocytose abondante (1 à 2 polynucléaires pour 20 lymphocytes). T. 38°2.

Le 6 juin, on injecte un centimètre cube d'essence de térébenthine dans le flanc droit. Il n'y a pas de changement dans la température. Le 9 juin, au matin, la température atteint 41°8 et l'enfant meurt. Rien au niveau de la piqûre. Pas de rougeur, pas d'induration.

A l'autopsie : Granulie généralisée à tous les organes. L'orifice de la piqûre est à peine visible sur la paroi antérieure abdominale droite. Pas de rougeur de la peau et pas de tumefaction ; et pourtant, avec une incision large, on met à nu des lésions déjà très accentuées, portant uniquement sur le tissu cellulaire.

On constate au niveau même de la piqûre, un point gros comme une lentille, blanchâtre, paraissant sphacélé : à droite, il y a quelques suffusions sanguines recouvertes par un tissu cellulaire graisseux déjà modifié, qui n'est plus dense et qui a l'aspect verdâtre.

Certains points sont de consistance molle, d'autres sont franchement purulents. Ces lésions s'étendent sur cinq centimètres carrés environ.

CHAPITRE V

Résultats cliniques

Le matériel d'observations que nous avons à notre disposition, comprenait 78 cas, mais nous n'en avons retenu que 52, car dans les 26 autres, nous ne possédions pas assez de documents, relatifs à l'évolution clinique de la maladie.

Toutes ces observations ont été recueillies dans le service de médecine infantile, dirigé à la Charité de Lyon, par le Dr Péhu, et elles visent des cas pathologiques très dissimilaires :

Bronchopneumonies dites primitives, et surtout secondaires à des diphtéries, à des rougeoles, à des coqueluches, comportant en général une infection marquée de l'organisme : rougeoles à type sévère, scarlatines malignes, diphtéries compliquées, tuberculose principalement à localisation méningée.

Ces faits sont, en apparence, assez peu univoques et ne comportent pas des comparaisons irréprochables. Pourtant, dans la majorité des cas, on relève un élément commun, qui est l'existence d'une infection générale, dont témoigne l'aspect du malade.

Nous reconnaissons cependant que certaines réserves doivent être faites en ce qui concerne certains cas rangés sous l'étiquette de bronchopneumonie, car, entre les bronchites étendues à allure sévère, les bronchopneumo-

nies caractérisées et les pneumonies à évolution abortive, la délimitation exacte est parfois très malaisée.

Ce n'est pas là, uniquement une querelle de mots.

Si la maladie a eu, par elle-même, une tendance naturelle à la guérison, il ne serait pas exact, scientifiquement, de conclure que la médication a exercé sur elle, une influence curatrice.

D'autre part, certaines observations concernent des maladies, dans lesquelles l'infection n'est pas le seul facteur qui ait amené la mort : ainsi la diphtérie peut se compliquer de bronchopneumonie ou de myocardite ou d'ulcérations laryngées dues à la présence du tube. Les raisons qui amènent une gravité plus ou moins grande dans les symptômes classiques sont donc complexes.

Notre statistique porte sur des enfants d'âge différent, allant de quelques mois à douze ans.

Sur vingt sujets atteints de bronchopneumonie, que nous appellerons primitive, treize fois l'injection a été suivie rapidement, sinon d'amélioration des signes physiques et fonctionnels, du moins de sédation manifeste des phénomènes fébriles et d'amélioration de l'état général. (Obs. 1, 2, 3, 5, 6, 7, 9, 11, 13, 15, 16, 18, 19). Sept fois au contraire, l'injection a été sans effet sur la maladie et n'a pas empêché une évolution fatale. (Obs. 4, 8, 10, 12, 14, 17, 20).

Si nous faisons abstraction des observations 9 et 19, où les malades ont guéri, mais pour le traitement desquels, outre la térébenthine, on a employé de l'oxygène et des bains, ce qui peut faire attribuer à l'essence un succès dont l'oxygène est l'auteur, et si nous faisons également abstraction des observations 11 et 13, où il n'y a pas eu gué-

ri son nette, mais seulement amélioration, nous arrivons aux pourcentages suivants de succès.

Au-dessous de 2 ans, 6 guérisons et 5 morts, cad. 54, 54 % de guérison.

De 25 mois à 5 ans, 3 guérisons et 2 morts, cad. 60 % de guérison.

2° Sur 14 sujets atteints de bronchopneumonie consécutive à la diphtérie, la proportion a été de 5 guérisons (obs. 23, 27, 28, 29, 30) et de 9 morts (obs. 21, 22, 24, 25, 26, 31, 32, 33, 34).

Au-dessous de 2 ans, 1 guérison et 3 morts, cad. 25 % de guérison.

De 25 mois à 5 ans, 4 guérisons et 4 morts, cad. 50 %.

3° Sur 7 sujets atteints de bronchopneumonie consécutive à la rougeole, la proportion a été de 3 guérisons (obs. 39, 41, 42) et de 4 morts (obs. 38, 40, 43, 44).

Au-dessous de 2 ans, 2 morts et 1 guérison, cad. 33 % de guérison.

De 25 mois à 5 ans, 2 morts et 2 guérisons, cad. 50 % de guérison.

4° Une bronchopneumonie consécutive à la coqueluche a guéri (obs. 45).

5° Deux scarlatines graves n'ont été en rien améliorées par les injections térébenthinées (obs. 36, 37), de même pour une myocardite diphtérique (obs. 35).

6° Nous avons appliqué la méthode de Fochier chez 7 enfants, atteints de diverses formes de tuberculose et dans les sept cas, nous avons eu un insuccès complet.

Dans deux cas de tuberculose caverneuse (obs. 46, 51), nous avons vu, à la suite de l'injection d'essence de térébenthine, se développer rapidement, trois jours après l'injec-

tion, des abcès volumineux, malgré un état général assez mauvais. Il n'y a eu aucune modification thermique.

Dans un autre cas de tuberculose cavitaire (obs. 49), l'injection n'a pas été suivie d'abcès, visible extérieurement, mais à l'autopsie, on a trouvé du pus dans le foyer du lieu d'injection.

Dans ce cas, comme dans les précédents, le tracé thermique n'a pas été modifié par l'injection térébenthinée.

Chez 4 enfants atteints de granulie (obs. 47, 48, 50, 52), les injections, faites peu de temps avant la mort, ont toutes produit un empâtement ou une induration qui, du reste, ont diminué peu à peu, puis disparu.

C'est dans l'observation 52 que nous avons constaté, à l'autopsie, après une injection faite deux jours avant la mort, les signes nets d'un abcès en voie de formation. Nous voyons donc que sur un total de 52 malades auxquels on a injecté de l'essence de térébenthine, 50 ont présenté des phénomènes locaux visibles extérieurement au niveau du point d'injection ; les deux derniers ont bien présenté les mêmes phénomènes réactionnels, mais ceux-ci n'ont été visibles qu'à l'autopsie.

Sur ces 52 cas, nous ne relevons que 22 guérisons, ou pour mieux dire, 22 cas dans lesquels, au bout d'un temps variable, l'évolution clinique s'est faite dans un sens favorable ; et cependant, dans tous les cas, l'injection d'essence de térébenthine a toujours été suivie, ainsi que nous l'avons vu, d'un abcès caché ou patent.

C'est d'ailleurs ce qu'avaient déjà aperçu implicitement Codet-Boisse et Campana, puisque dans les 5 cas cités par ces auteurs (dont 1 guérison non attribuable à l'injection térébenthinée et 4 morts), il y avait eu formation de pus.

Si nous ne disons pas que nous avons obtenu 22 guérisons franches, ce qui peut paraître une réserve excessive, c'est qu'il est très malaisé d'être catégorique.

En ce qui concerne, par exemple, les bronchopneumonies infantiles, si le tracé thermique est souvent influencé par l'injection de térébenthine, *il est exceptionnel d'observer une transformation, puis une disparition parallèles des signes fonctionnels et physiques* : leur évolution et leurs caractères essentiels persistent sans aucun changement.

Ainsi, dans l'observation 3, malgré la formation de deux abcès et bien que la température soit tombée à la normale, il y a persistance de râles abondants avec souffle.

Dans l'observation 9, une injection térébenthinée est faite le 11 janvier. La température qui était à 38°8 descend, le 16, à 37°8. Il y a formation d'un abcès. Malgré cela, les signes physiques n'ont pas changé.

Dans l'observation 13, une injection térébenthinée est faite le 21 janvier. La température qui était à 38°8, descend, le 23, à 37°6. Un abcès se forme. Les signes de bronchopneumonie n'en persistent pas moins : polypnée, battements des ailes du nez, souffle et râles. Le 1^{er} février, même état, la température restant toujours aux environs de 37°8. Le 14 février, l'enfant sort très améliorée, mais non guérie, et il y a persistance de quelques signes physiques.

Dans l'observation 50, malgré une injection d'essence faite le 13 janvier, le jour de l'entrée, injection suivie d'un abcès, les signes physiques, bien qu'atténués, persistent et l'enfant sort le 3 mars, bien améliorée, mais avec quelques signes physiques qui n'ont point encore disparu.

Dans l'observation 5, une injection d'essence pratiquée le 6 janvier et suivie d'un abcès avec baisse de température, ne fait pas tomber les signes physiques qui persistent encore assez longtemps, puisque l'enfant sortant guérie, le 5 mars, en présente encore quelques-uns.

Il en est de même dans les observations 1 et 23.

Dans l'observation 45, une injection d'essence de térébenthine est faite le 15 mars. La température qui était à 39°, des-

cend à 37° le 19 et s'y maintient. Il y a formation d'un abcès que l'on ouvre le 20. Malgré cela, les signes physiques ne disparaissent point. Souffle tubaire inspiratoire avec râles fins abondants aux deux bases.

La guérison nette n'a donc été obtenue que dans 17 cas (9 bronchopneumonies primitives ; 5 bronchopneumonies consécutives à la diphtérie, 2 bronchopneumonies consécutives à la rougeole, 1 bronchopneumonie consécutive à la coqueluche).

Au contraire, en ce qui concerne la température, il est indéniable que dans beaucoup de cas, l'injection, alors même qu'elle n'est pas suivie immédiatement d'un abcès, exerce une action atténuatrice sur la fièvre.

Sur ce point, la lecture de la plupart des observations est édifiante.

En général, le jour même ou le lendemain de l'injection, il se produit une chute appréciable de la température, laquelle remonte les jours suivants ou, au contraire, reste au-dessous de son niveau primitif.

Cette action avait été expressément notée par les observateurs et en particulier par Lançon (thèse, p. 71).

Le mécanisme qui préside à ce phénomène est loin d'être élucidé. Il est permis de penser que l'injection de térébenthine, par la leucocytose intense qu'elle provoque, détruit en même temps que les microbes, leurs toxines hyperthermisantes.

Quel que soit le mode d'action, le fait est d'ailleurs indéniable et, dans la plupart des cas, la fièvre tombe après la formation de l'abcès.

Cet heureux résultat ne se produit pas toujours dès la première injection ; la courbe thermique ne fait alors qu'osciller après cette première injection, mais il est rare

qu'après une deuxième ou une troisième injection, la courbe ne tombe pas.

Parmi nos observations, il en est sept pourtant, où la fièvre n'a subi aucune modification à la suite de l'injection térébenthinée. Au lieu de baisser, la température s'est maintenue en plateau, pour remonter au moment de la mort. Il s'agit là de sept cas de tuberculose, dans lesquels la méthode des injections térébenthinées n'a donné aucun succès.

Montagnon a pensé, d'ailleurs, faire servir cette particularité au diagnostic de l'affection causale, et, pour cet auteur, quand la température ne baisse pas dans les deux jours qui suivent la formation de l'abcès, il y a lieu de penser à une affection tuberculeuse.

Ces données, dans les cas où le diagnostic reste hésitant entre une fièvre typhoïde et une méningite bacillaire à forme typhoïdique, permettent d'éliminer l'une ou l'autre hypothèse, d'autant plus que, chez les enfants, les tracés thermiques de ces deux maladies peuvent se ressembler. L'abcès fixe alors le débat, en même temps qu'il apporte, dans le cas d'une infection éberthienne, une contribution utile au traitement.

Sans être aussi affirmatifs que Montagnon, nous pensons que les indications de l'abcès de fixation au point de vue diagnostic, doivent être, le plus souvent, contrôlées par des méthodes plus précises.

Une question très importante est celle relative au pronostic.

On connaît le principe de Fochier chez l'adulte :

« Si la réaction produite par l'injection térébenthinée est rapide et intense, le pronostic est favorable ; si, au

contraire, la térébenthine reste sans effet, l'issue est fatale à bref délai ».

Codet Boisse et Campana avaient déjà prouvé que les injections térébenthinées chez l'enfant, n'avaient qu'une faible valeur pronostic.

Quant à nous, nous avons montré que dans nos 52 observations, l'injection a toujours été suivie de réaction aboutissant à un abcès patent ou caché ; mais existant toujours, comme nous l'ont montré les autopsies.

Or, puisque sur ces 52 cas nous n'avons que 17 guérisons, il semble bien que la signification pronostique de la réaction locale, ne doit pas être envisagée comme ayant une valeur considérable.

En résumé, notre statistique comprenant un nombre important d'observations empruntées à des maladies très diverses, nous permet d'arriver à des conclusions, sans doute en désaccord avec les données courantes, les recherches de Campana et Codet Boisse exceptées, mais que l'étude attentive et impartiale des faits, va nous conduire à formuler.

Ce sens plutôt négatif, auquel elles tendent, pourra surprendre parce qu'il heurte les données couramment admises.

Mais il nous semble impossible de déduire autrement que nous ne l'avons fait en exposant les observations recueillies, en employant la méthode de Fochier chez l'enfant.

Les résultats globaux parlent d'eux-mêmes assez haut pour qu'on ne puisse incriminer des erreurs d'interprétation : le pourcentage des résultats positifs est très considérable, et cependant très élevé est aussi le chiffre des décès.

Au surplus, nous n'avons pas l'intention d'étendre ces conclusions hors des limites que nous avons assignées à ces recherches ; cela signifie que nos déductions visent le domaine de la médecine infantile et qu'il ne serait pas juste d'en tirer une pensée de blâme ou de diminution vis-à-vis de la méthode considérée chez l'adulte.

Il est vraisemblable que les conditions ne sont pas les mêmes dans l'enfance et à une période plus avancée de l'existence.

Dans le jeune âge, en effet, les suppurations, spontanées ou provoquées, sont faciles. L'enfant résiste mal et les infections diffusent chez lui avec une rapidité remarquable : la couche de tissu cellulaire sous-cutané, souvent mince, est un milieu de culture, se prêtant au développement des abcès ou des phlegmons, avec formation de pus ou avec escharification du tissu au contact duquel la térébenthine a été portée.

Si l'on veut une preuve de cette assertion, on la trouvera dans ce fait, expressément signalé par nous, que, patent ou latent, *l'abcès existe toujours*.

Dès lors, il est logique de conclure que cet abcès se développe concurremment à la maladie ou au syndrome, au cours duquel il a été artificiellement provoqué ; mais il ne serait pas rigoureusement scientifique de prétendre que sa formation doit être considérée comme un moyen thérapeutique notoirement efficace et ayant réalisé le desideratum souhaité : à savoir *la fixation de l'infection au niveau de la collection suppurée*.

Qu'il en soit ainsi chez l'adulte, nous ne le nions en aucune façon, mais nous croyons que dans l'enfance, pareille « dérivation » de l'élément infectieux ne nous semble pas être réalisée et par conséquent devoir être admise.

CONCLUSIONS

I. — Chez les enfants, quel que soit leur âge, l'injection sous-cutanée d'essence de térébenthine provoque toujours des abcès anatomiquement ou cliniquement décelables. Par conséquent, localement, on obtient toujours un résultat positif. L'apparition d'une réaction locale, au niveau du lieu d'injection, ne saurait donc faire porter un pronostic favorable, puisque nous avons vu celle-ci se manifester dans tous les cas mortels.

II. — Au point de vue des guérisons obtenues, voici les pourcentages que nous avons pu établir :

Bronchopneumonies primitives, au dessous de 2 ans, 54,54 % de guérisons ; de 2 à 5 ans, 60 %.

Bronchopneumonies consécutives à la diphtérie, au-dessous de 2 ans, 25 % de guérisons ; de 2 à 5 ans, 50 %.

Bronchopneumonies consécutives à la rougeole, au-dessous de 2 ans, 33 % de guérisons ; de 2 à 5 ans, 50 %.

Rappelons que le pourcentage des succès s'élève chez les enfants à 84,6 % pour Montagnon et à 87,5 % pour Espenel.

Le pouvoir curatif des injections térébenthinées nous semble donc assez faible ; tout au moins dans le milieu hospitalier où ont été recueillies nos observations.

III. — Toutefois, comme dans certains cas, l'apparence clinique semble témoigner en faveur d'une action heureuse, on est autorisé à employer la méthode des injections sous-cutanées d'essence de térébenthine chez l'enfant, d'autant plus qu'elle ne comporte aucun danger, ni aucun inconvénient réel, à condition d'injecter l'essence aux doses suivantes : 1/2 centimètre cube au-dessous de 2 ans et 1 centimètre cube au-dessus de cet âge.

IV. — Dans nos recherches, les cas favorables à la méthode sont surtout représentés par des bronchopneumonies primitives. En dehors de celles-ci, il ne semble pas qu'on doive attendre de la médication térébenthinée chez les enfants, des résultats aussi encourageants que ceux obtenus chez les adultes.

Le président de la thèse,

WEILL.

Vu : Le Doyen,

Signé : L. HUGOUNENQ.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER,

Lyon, le 4 décembre 1913.

Pour le Recteur et par délégation :

Le Vice-Président du Conseil de l'Université,

L. JOSSERAND.

BIBLIOGRAPHIE

- CAMPANA (M^{lle}) et CODET BOISSE. — *Semaine Médicale*, 1904 :
Les abcès de fixation chez les enfants.
Gazette hebdomadaire des Sciences médicales de Bordeaux,
1904, 8 mai, n° 19, p. 221 ; 1904, 15 mai, n° 20, p. 233 :
Les abcès de fixation dans quelques cas de bronchopneumonies graves chez les jeunes enfants.
- CARLES. — *Thèse de Bordeaux*, 1902-1903 : Les abcès de fixation.
Journal de Médecine de Bordeaux, 5 janvier 1913.
Consultations médicales françaises, n° 42 : Les abcès de fixation.
- CASEDEVANT. — *Thèse de Paris*, 1912-1913 : De la valeur de la méthode de Fochier dans l'infection puerpérale.
- CELLARIER. — *Thèse de Bordeaux*, 1904-1905 : Les abcès de fixation chez les enfants.
- DÉCHAUX. — *Thèse de Montpellier*, 1907 : Contribution à l'étude du traitement des bronchopneumonies graves, par les abcès de fixation.
- DETSCHIEFF. — *Thèse de Lyon*, 1909, n° 40 : Valeur thérapeutique de l'abcès de fixation dans les maladies bronchopulmonaires aiguës.
- DUROT. — *Thèse de Lille*, 1906-1907, n° 32 : Traitement de la pneumonie et de la bronchopneumonie par les abcès de fixation.
- ESPENEL. — *Société des Sciences médicales de Lyon*, 21 juin 1911 : Bronchopneumonies infantiles traitées par les abcès de fixation.
- FOCHIER. — Traitement des infections pyogènes généralisées :
Lyon-Médical, 1891, n° 34 ; 1892, p. 59.
Bulletin de l'Académie nationale de Médecine, 1891 ; 1892.
Lyon-Médical, 1900, n° 35.

- GAUTHIER. — *Société des Sciences médicales de Lyon*, séance du 21 juin 1911.
- ISIDORO PUJADOR Y FAURA. — XII^e Congrès international de médecine de Moscou, 1897.
- LANÇON. — *Thèse de Lyon*, 1911-1912 : Traitement des bronchopneumonies infantiles par les abcès de fixation.
- MONTAGNON. — *Lyon-Médical*, 4 décembre 1910 : L'abcès de fixation dans le traitement de la bronchopneumonie des enfants du premier âge.
- MARMOITON. — *Thèse de Nancy*, 1912-1913 : Etude clinique des abcès de fixation dans les pyrexies.
- MERY. — *Communication à la Société de Biologie*, 1896.
- PATEL. — *Société des Sciences médicales de Lyon*, séance du 21 juin 1911.
- PÉHU et PILLON. — *Lyon-Médical*, décembre 1913 : Sur la valeur curatrice des injections d'essence de térébenthine chez les enfants.
- PIC et BONNAMOUR. — *Lyon-Médical*, 1910, 21 janvier : L'abcès de fixation dans le traitement des maladies bronchopulmonaires aiguës.
- VOITURIER. — *Thèse de Lyon*, 1909 : Etude clinique des abcès de fixation.
-

TABLE DES MATIÈRES

Chapitre I. — Historique.....	7
Chapitre II. — Technique.....	16
Chapitre III. — Phénomènes locaux observés après l'in- jection	22
Chapitre IV. — Observations.....	30
Chapitre V. — Résultats cliniques.....	63
Conclusions	72
Bibliographie	74

